



**Les relations existantes entre les hommes sans-abri vivant dans des villes de taille moyenne
du Québec et les services de santé et les services sociaux
telle que perçue par les intervenants des ressources d'hébergement.**

par Hubert B. Boudreault

**Mémoire présentée à l'Université du Québec à Chicoutimi en vue de l'obtention du grade de
la maîtrise en travail social.**

Québec, Canada

© Baril Boudreault, Hubert, 2019

RÉSUMÉ

L'itinérance est un phénomène largement masculin et les comportements liés à la masculinité ont un impact important sur la manière dont ces hommes vivent la marginalisation inhérente à leur situation d'itinérance. La présente recherche se veut un portrait de la relation existante entre les hommes en situation d'itinérance dans les villes de tailles moyennes du Québec (Saguenay, Trois-Rivières, Sherbrooke) et les services de santé et les services sociaux. Une perspective structurelle et systémique permettra de mettre en lumière les principaux éléments qui affectent le lien existant entre les hommes sans-abri et les services de santé et les services sociaux en portant une attention particulière aux rapports d'oppression. Ceux-ci seront considérés en lien avec les masculinités et les pressions subies par les hommes pour correspondre à un idéal masculin ainsi qu'en rapport avec le statut socioéconomique et la marginalisation sociale. Une méthode interprétative descriptive a été utilisée, celle-ci se concentre sur l'exploration et la découverte de la signification d'un phénomène selon le point de vue des participants. Un guide d'entrevue semi-dirigé a été administré à un total de 10 intervenants des ressources d'hébergement en tenant compte des enjeux liés à l'itinérance, la marginalité et à la pauvreté, mais aussi ceux liés aux masculinités et à la socialisation qui y est rattachée. Les données ont ensuite été codées pour en faire ressortir les principaux thèmes abordés par les répondants. Les résultats montrent que l'ensemble des services sont mésadaptés, malgré plusieurs efforts, à recevoir et décoder les demandes d'aide des hommes sans-abri et que ceux-ci ont des comportements qui sont décrits comme dérangeants ou inadéquats par les professionnels des services de santé et des services sociaux. La structure des services et les processus d'admission semblent particulièrement problématiques et les hommes auraient aussi un langage spécifique qui limiterait leur capacité à transmettre leur souffrance et leur préoccupation efficacement aux professionnels. Les répondants ont tout de même mentionné que les hommes sans-abri rencontraient occasionnellement des professionnels qui semblaient sensibles à ces enjeux en plus d'identifier quelques situations qui facilitaient grandement l'accès aux soins pour ces hommes, entre autres les services d'*outreach* (approche pro-active) et les accompagnements personnalisés par des intervenants de confiance.

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|-------------|
| RÉSUMÉ..... | ii |
| TABLE DES MATIÈRES | iv |
| LISTE DES TABLEAUX | vii |
| LISTE DES FIGURES..... | viii |
| LISTE DES ABRÉVIATIONS..... | ix |
| REMERCIEMENTS..... | x |
| INTRODUCTION..... | 1 |
| CHAPITRE 1 PROBLÉMATIQUE À L'ÉTUDE..... | 4 |
| 1.1 AMPLEUR DE LA PROBLÉMATIQUE | 4 |
| 1.1.1 L'ITINÉRANCE | 4 |
| 1.1.2 LES MASCULINITÉS | 6 |
| 1.2 CONSÉQUENCES DES DIFFICULTÉS RELATIONNELLES ENTRE LES HOMMES ITINÉRANTS ET LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX..... | 7 |
| 1.2.1 HISTORIQUE DES POLITIQUES CONCERNANT L'ITINÉRANCE CHEZ LES HOMMES | 8 |
| 1.3 PERSPECTIVE DES INTERVENANTS..... | 10 |
| 1.4 PERTINENCE DE LA PRÉSENTE RECHERCHE..... | 11 |
| CHAPITRE 2 RECENSION DES ÉCRITS | 13 |
| 2.2 ITINÉRANCE | 14 |
| 2.3 PROFIL D'UTILISATION DES SERVICES EN LIEN AVEC LA PROBLÉMATIQUE DE L'ITINÉRANCE | 16 |
| 2.4 LES BESOINS DES HOMMES SANS ABRI | 18 |
| 2.5 LES MASCULINITÉS..... | 21 |
| 2.5.1 CONSTRUCTION DES MASCULINITÉS..... | 21 |
| 2.5.2 MASCULINITÉ COMME NORME | 23 |
| 2.5.3 MASCULINITÉ ET ITINÉRANCE | 25 |
| 2.5.4 LA SANTÉ DES HOMMES | 25 |
| 2.5.5 LES HOMMES ET LEUR RAPPORT AUX SOINS..... | 27 |
| 2.6 RÔLE DES INTERVENANTS EN REGARD DE LA SANTÉ DES HOMMES..... | 30 |
| 2.7 SERVICES DE SANTÉ, SERVICES SOCIAUX ET ITINÉRANCE | 31 |

| | |
|--|-----------|
| CHAPITRE 3 CADRE THÉORIQUE | 34 |
| 3.1 DÉFINITIONS DES TERMES CLES DE LA RECHERCHE | 34 |
| 3.2 LES APPROCHES BIOÉCOLOGIQUE ET STRUCTURELLE | 36 |
| 3.2.1 APPROCHE BIOÉCOLOGIQUE DE BRONFENBRENNER (1979, 1992) | 37 |
| 3.2.2 L'APPROCHE STRUCTURELLE MARXISTE | 40 |
| CHAPITRE 4 MÉTHODOLOGIE | 45 |
| 4.1 APPROCHE PRIVILÉGIÉE | 45 |
| 4.2 TERRAIN DE LA RECHERCHE | 48 |
| 4.3 ÉCHANTILLON | 49 |
| 4.4 RECRUTEMENT | 50 |
| 4.5 COLLECTE DE DONNÉES | 51 |
| 4.6 ANALYSE DES DONNÉES | 53 |
| 4.7 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES..... | 56 |
| 4.8 PERTINENCE SCIENTIFIQUE ET SOCIALE..... | 58 |
| CHAPITRE 5 RÉSULTATS | 61 |
| 5.1 Caractéristiques des répondants | 61 |
| 5.2 CARACTÉRISTIQUES DES HOMMES sans-abri..... | 62 |
| 5.3 PROBLÉMATIQUES OBSERVÉES CHEZ LES HOMMES SANS-ABRI PAR LES INTERVENANTS DES RESSOURCES CONSULTES | 66 |
| 5.4 LES BESOINS DES HOMMES SANS-ABRI TELS QU'IDENTIFIÉS PAR LES INTERVENANTS DES RESSOURCES D'HÉBERGEMENT | 68 |
| 5.5 LES HOMMES SANS-ABRI ET LEUR MASCULINITÉ | 69 |
| 5.6 DÉMONTRER SA MASCULINITÉ | 72 |
| 5.7 LES CONFUSIONS EN LIEN AVEC LA MASCULINITÉ | 73 |
| 5.8 CONTREVENIR À LA NORME..... | 74 |
| 5.9 LES LIENS EXISTANTS ENTRE LES HOMMES SANS-ABRI ET LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX | 77 |
| 5.10 NATURE DES DEMANDES EFFECTUÉES PAR LES HOMMES SANS-ABRI..... | 78 |
| 5.11 OPINION DES HOMMES SANS-ABRI SUR LES SERVICES | 81 |
| 5.12 OBSERVATIONS DES INTERVENANTS SUR LA RELATION ENTRE LES HOMMES SANS-ABRI ET LES SERVICES | 82 |
| 5.13 TRAJECTOIRE ET OBTENTION DE SOINS | 84 |
| 5.14 PERCEPTION DES PROFESSIONNELS À L'ÉGARD DES HOMMES SANS-ABRI..... | 86 |

| | |
|--|------------|
| CHAPITRE 6 DISCUSSION DES RÉSULTATS..... | 88 |
| 6.1 RETOUR SUR LES OBJECTIFS DE LA MAÎTRISE | 88 |
| 6.1.1 PERCEPTION DES INTERVENANTS DES RESSOURCES D'HÉBERGEMENT DES HOMMES SANS-ABRIS ET DE LEURS PROBLÉMATIQUES BIOPSYCHOSOCIALES | 89 |
| 6.1.2 PERCEPTIONS, SELON LES INTERVENANTS, DES SERVICES DE SANTÉ, DES SERVICES SOCIAUX ET DES PROFESSIONNELS FRÉQUENTÉS PAR LES HOMMES ITINÉRANTS | 93 |
| 6.1.3 LA RELATION ENTRE LES HOMMES SANS-ABRI ET LES PROFESSIONNELS DES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX TELS QUE PERÇUS PAR LES INTERVENANTS | 98 |
| 6.2 FORCES ET LIMITES DE LA PRÉSENTE RECHERCHE | 105 |
| 6.2.1 FORCES DE LA RECHERCHE | 105 |
| 6.2.2 LIMITES DE LA RECHERCHE | 106 |
| 6.3 AVENUES ET PERSPECTIVES DE RECHERCHE | 107 |
| 6.4 RETOMBÉES POTENTIELLES POUR LA PRATIQUE DU TRAVAIL SOCIAL..... | 108 |
| CONCLUSION | 111 |
| BIBLIOGRAPHIE..... | 113 |
| Annexe 1 : Guide d'entrevue semi-dirigé..... | 121 |
| Annexe 2 : Questionnaire SocioDémographique | 124 |
| Annexe 3 : Formulaire d'information et de consentement (FIC) | 125 |
| Annexe 4 : Formulaire d'information et de références | 129 |
| Annexe 5 : Certification éthique | 130 |

LISTE DES TABLEAUX

| | |
|--|----|
| TABLEAU 1 : VILLES DE TAILLE MOYENNE DE LA PROVINCE DU QUEBEC..... | 49 |
| TABLEAU 2 : THEMES ET SOUS-THEMES DU GUIDE D'ENTRETIEN..... | 52 |

LISTE DES FIGURES

| | |
|--|----|
| FIGURE 1 : PROFIL DES PROBLEMES | 19 |
| FIGURE 2 : PROFIL DES AIDES APPORTEES | 19 |
| FIGURE 3 : REPARTITION DE L'AGE DES REPONDANTS | 62 |

LISTE DES ABRÉVIATIONS

| | |
|-----------|---|
| CHRN : | Canadian Homeless Research Network |
| CIUSSS : | Centre Intégré Universitaire de Santé et de Services Sociaux |
| CLSC : | Centre Local de Services Communautaire |
| FIC : | Formulaire d'Information et de Consentement |
| HUD : | Housing and Urban Development (Gouv. États-Unis) |
| IPAC : | Initiative de Partenariats de Lutte à l'Itinérance |
| ISQ : | Institut de la Statistique du Québec |
| MSSS : | Ministère de la Santé et des Services Sociaux |
| PAMSBEH : | Plan d'Action Ministériel Santé et Bien-Être des Hommes |
| PDF : | Portable Document Format |
| RAPSIM : | Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal |
| RPSBEH : | Regroupement Provincial Santé et Bien-Être des Hommes |
| SPLI : | Stratégie des Partenariats de Lutte à l'Itinérance |
| UQAC : | Université du Québec À Chicoutimi |
| USB : | Universal Serial Bus |

REMERCIEMENTS

Merci à mes parents pour le soutien inconditionnel qu'ils m'ont témoigné pendant ces longues années de travail. Merci à Émilie de comprendre mes heures de travail solitaire pendant qu'elle s'occupait des tâches de la vie quotidienne.

Merci aux directions et au personnel des ressources d'hébergements (Maison d'accueil pour sans-abri de Chicoutimi, Le Havre de Trois-Rivières, le Partage St-François de Sherbrooke) qui ont accepté de m'accueillir et de libérer leurs intervenants dans le cadre de cette recherche.

Merci à tous ceux qui m'ont soutenu au quotidien, qui ont pris des nouvelles de mes avancements, qui se sont intéressés à mon projet, à mes amis.

Merci à Dominic Bizot et Philippe Roy, mes codirecteurs, d'avoir pris le temps et l'énergie de m'accompagner et me supporter dans ce grand projet.

INTRODUCTION

La présente recherche vise à comprendre la relation existante entre les hommes itinérants et les services de santé et les services sociaux afin d'en brosser un portrait réaliste qui permettra à d'autres professionnels de disposer de données pertinentes pour le développement d'outils visant à améliorer cette dynamique. Une meilleure connaissance des barrières à l'obtention de soins et au suivi des hommes itinérants sera nécessaire pour changer les tendances selon lesquelles ils sont sous-représentés dans les services de prévention (Baggett, O'Connell, Singer, Rigotti, 2010; Dupéré, O'Neil et De Konink, 2012; Folsom, Hawthorn, Lindamer, Gilmer, Bailey *et al.*, 2005; Martins, 2008), entraînant du même coup des services curatifs plus coûteux, souvent de nature urgente. Une compréhension accrue de ce phénomène permettra également de mieux cerner les raisons pour lesquelles les hommes ont moins tendance à adhérer aux processus de soins dans lesquels ils s'engagent (Nickash et Marnocha, 2009). Nous nous pencherons sur ce phénomène en tentant d'apporter des éléments de réponse à la question suivante : quel est le lien qu'établissent les hommes itinérants avec le réseau de santé et de services sociaux ? Nous le ferons en empruntant le point de vue des intervenants des maisons d'hébergement provisoire de trois villes de taille moyenne du Québec. Ces villes ont par ailleurs été choisies afin de créer des données qui pourront par la suite être comparées aux données prélevées dans les grandes villes d'où les échantillons de la quasi-totalité des recherches sur l'itinérance proviennent.

Plusieurs raisons ont motivé le choix des intervenants pour faire partie de cette recherche. Certaines études portant sur les hommes itinérants mentionnent qu'interroger directement les hommes itinérants nécessite des ressources (Baggett, O'Connell, Singer et Rigotti, 2010; Turchetto 2012) dont nous ne disposons pas dans le cadre de la maîtrise. Par ailleurs, nous misons sur la position privilégiée des intervenants des maisons d'hébergement pour sans-abri en raison de leur accès direct

au vécu des hommes itinérants. Aussi, ces professionnels établiront leurs constats à la lumière de l'ensemble de leurs interactions avec ceux qui fréquentent leurs ressources.

Une méthode interprétative descriptive a été utilisée pour la présente recherche. Cette méthode semble particulièrement adaptée à la situation puisque selon Thorne (2008), la recherche interprétative descriptive se concentre sur l'exploration et la découverte de la signification d'un phénomène selon le point de vue d'un des participants. Cependant, nous considérons qu'il est important de tenir compte que les intervenants des centres d'hébergement provisoires sont impliqués dans une relation avec les hommes itinérants qui pourraient être différente de celle qu'entretiennent avec eux, par exemple, les intervenants des services en santé mentale ou en toxicomanie et que leur vision de la relation existante entre les hommes sans-abri et les services pourrait en être teintée. Pratiquement, dans les maisons d'hébergement où ils travaillent, ils bénéficient d'un accès privilégié aux hommes en situation d'itinérance puisqu'ils interagissent quotidiennement avec eux dans ce qui devient, même temporairement, leur milieu de vie. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle ces intervenants ont été choisis à l'instar d'autres professionnels travaillant dans des cliniques, des hôpitaux ou des CLSC notamment.

Dans un premier chapitre, la problématique à l'étude est présentée avec une attention particulière portée sur les interactions existantes entre les masculinités et l'itinérance. Les conséquences des difficultés relationnelles entre les hommes sans-abri et les services de santé et les services sociaux y sont également exposées. Dans le second chapitre, une recension des écrits permet de mieux comprendre où en sont les connaissances actuelles en regard de l'itinérance, des masculinités et du rôle des intervenants et des institutions dans la demande d'aide des hommes sans-abri. Le cadre théorique (Chapitre 3) et la méthodologie (Chapitre 4) expliquent l'angle sous lequel la présente problématique est abordée et le choix d'aller vers les intervenants des centres d'hébergement pour la présente recherche. Le quatrième chapitre explore également les précautions prises au niveau éthique ainsi que les détails du processus

scientifique utilisés lors de la recherche. Le chapitre 5 présente les résultats obtenus à partir de la collecte de données. Avant de conclure et de suggérer des pistes de réflexion pour augmenter la compréhension des interactions complexes qui existent entre les hommes sans-abri et les services de santé et les services sociaux, le sixième chapitre permet de discuter les résultats présentés en les mettant en relation à la fois les uns avec les autres et avec les connaissances issues de la recension des écrits scientifiques.

CHAPITRE 1

PROBLÉMATIQUE À L'ÉTUDE

1.1 AMPLEUR DE LA PROBLÉMATIQUE

Le fait d'être un homme en situation d'itinérance implique que l'individu appartient à deux groupes simultanés, chacun ayant ses spécificités qui impactent le fonctionnement de l'individu :

- Les hommes, en tant qu'individus genrés construits socialement à travers des normes portées par les masculinités qui contiennent des ensembles de règles, de prescription de comportements et d'autres standards qui sont attendus des personnes qui appartiennent à ce groupe.
- Les personnes itinérantes qui n'ont pas de logement fixe ou adéquat au quotidien.

Nous pourrions observer dans ce chapitre les implications qu'a l'appartenance à ces groupes dans un premier temps sur la santé, mais aussi sur les relations entretenues avec les services de santé et les services sociaux.

1.1.1 L'ITINÉRANCE

La population itinérante représente une proportion importante de la société nord-américaine. Bien qu'aucune donnée exacte n'existe, on estime que le nombre d'itinérants s'élève aux États-Unis entre 2,3 et 3,5 millions (National Homeless Coalition, 2009). Au Canada, le Rond-point de l'itinérance (The Homeless Hub, 2016) évalue quant à lui qu'à chaque année, 235 000 citoyens sont, à un moment ou à un autre, en situation d'itinérance. Au Québec, bien que les derniers chiffres officiels pour le nombre de personnes vivant une période d'itinérance annuellement datent de 2007, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec affirmait déjà à cette époque, que 28 000 personnes à Montréal par année et 11 000 à Québec vivaient une ou plusieurs périodes d'itinérance. Lors d'un récent dénombrement, le 24 avril 2018, le nombre total de personnes en situation d'itinérance au Québec était

estimé à 5789, dont un peu plus de la moitié à Montréal (MSSS, 2019). De manière plus locale, le même dénombrement identifiait cette nuit-là dans la région une personne occupant un « lieu extérieur », deux personnes en hébergement d'urgence et 37 personnes vivant une situation d'itinérance cachée, qu'ils décrivent comme suit : « non seulement les personnes hébergées chez d'autres, mais aussi celles dans des maisons de chambres ou des hôtels ou motels et qui n'ont pas de domicile fixe. » (MSSS, 2019: 194). À Chicoutimi, la Maison d'accueil pour sans-abri offre chaque année une moyenne de 350 hébergements, variant entre une et 110 nuitées à des hommes n'ayant nulle part où se loger. Il s'agit de la seule ressource d'hébergement pour hommes ayant des problématiques multiples sur le territoire du Saguenay–Lac-Saint-Jean, mais elle dessert également la Côte-Nord qui ne dispose d'aucune ressource similaire. Il est important de noter ici que pendant la réalisation de la présente maîtrise, Bergeron-Leclerc, Tremblay, Bisson, & Maltais-Thériault (2019) ont publié l'« étude sur le phénomène de l'itinérance au Saguenay-Lac-Saint-Jean » dans laquelle ils relèvent des éléments importants du vécu et du fonctionnement de 19 personnes en situation d'itinérance dans la région. Leur recherche ne visait pas le dénombrement, mais plutôt une meilleure compréhension du vécu des personnes itinérantes, hommes et femme, de la région 02. Leur travail met en lumière des similitudes dans le vécu des personnes itinérantes de la région et le portrait qui est généralement brossé des personnes en situation d'itinérance, entre autres en ce qui a trait aux expériences mitigées avec les services de santé et les services sociaux, les problèmes de consommation fréquents et la marginalité.

Ces personnes en situation d'itinérance évoluent en marge de la société, contrevenant (volontairement ou non) à plusieurs normes sociales et interagissant avec plusieurs acteurs. Bien qu'on puisse imaginer que leur exclusion sociale crée bon nombre de situations particulières, cette recherche s'intéresse spécifiquement à la relation que ces hommes entretiennent avec les services de santé et les services sociaux. Plusieurs aspects de cette relation semblent problématiques et méritent d'être explorés. Fréquemment, dans les processus de demande et d'obtention de soins, les hommes itinérants rencontrent des barrières (Dupéré, O'Neil et De Konink, 2012; Nickash et Marnocha, 2009) qui seront explorées lors de la recension des écrits, au chapitre deux.

Ces barrières compromettent la qualité et l'efficacité des soins et, par le fait même, empêchent que ces derniers contribuent à l'amélioration des situations vécues par les individus sans-abri. Le sentiment que les intervenants et les professionnels qu'ils rencontrent ne les comprennent pas, qu'ils les jugent ou qu'ils les traitent différemment des autres bénéficiaires de services sont souvent mentionnés par les personnes itinérantes comme barrières importantes à l'obtention de soins (Wen, Hudak et Hwang, 2007). Aussi, la relation entre les hommes itinérants et les intervenants semble être un point central de la problématique, puisqu'elle régit leur capacité à obtenir des services de soutien et des traitements pour leurs problématiques de santé et de fonctionnement social. Il est donc pertinent d'explorer ce phénomène afin de mieux comprendre les forces en présence.

1.1.2 LES MASCULINITÉS

Tel que mentionné au début du présent chapitre, le second facteur important à considérer, après la situation d'itinérance, est l'influence des masculinités. Celles-ci seront traitées dans la présente recherche, car les écrits consultés indiquent qu'elles ont non seulement une influence importante sur les habitudes de santé des hommes (Addhis et Mahalik, 2003; Connell 1995; Courtenay 2009; De Visser et McDonnel, 2013; Möller-Leimkühler 2001; Roy et Tremblay 2009; Roy et Des Rivières-Pigeon, 2011), mais également sur la manière dont les hommes vivent l'itinérance (Dupéré, O'Neil et DeKonnink, 2012; Dupéré, Roy, Desgagnés, Guilmette et Sirois-Marcil, 2016; Turchetto, 2012). Le pluriel est ici utilisé puisqu'il n'est plus possible dans le contexte actuel de parler d'une seule masculinité puisque ce phénomène de masculinité se présente sous différentes formes et occasionne des effets, ou conséquences, variés. La masculinité hégémonique (Connell, 1995) aura par exemple des effets beaucoup plus marqués sur les habitudes de santé, poussant les hommes qui y adhèrent à faire abstraction de la douleur et à vouloir éviter à tout prix de paraître faible (De Visser et McDonnel, 2013; O'Brien, Hunt et Hart, 2005). Elle est définie comme un idéal masculin qui se nourrit de valeurs morales, sociales et comportementales faisant

l'apologie de la force, du travail ainsi que du dynamisme. La masculinité hégémonique influencera également la relation des hommes à la pauvreté, cette dernière pouvant les empêcher d'atteindre des idéaux identifiés par Courtenay (2009) comme le prestige, le pouvoir et la richesse. Les conflits de rôles qui peuvent en résulter (O'Neil, 2008) représentent un enjeu important du phénomène ciblé par la présente recherche. Ces conflits se produisent lorsque les normes de masculinité prescrivent des comportements ou des attitudes sexistes, des normes de genre rigide que la personne applique à elle-même ou aux autres. Ces situations placent la personne dans un état psychologique qui a des conséquences négatives au niveau affectif, cognitif et comportemental (O'Neil, 2008). Lorsqu'ils sont dans l'incapacité de répondre à ces standards, les hommes ont tendance à se percevoir comme inférieurs et à se dévaloriser (Connell, 1995; Pleck 1995)

1.2 CONSÉQUENCES DES DIFFICULTÉS RELATIONNELLES ENTRE LES HOMMES ITINÉRANTS ET LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX

La relation existante entre les hommes sans-abri et les services de santé et les services sociaux est donc complexifiée à la fois par la marginalisation inhérente à la situation d'itinérance et par l'influence des masculinités. Les impacts de cette relation complexe sont importants et entraîne des problèmes sérieux chez les hommes sans abri qui attendent trop avant d'aller consulter, de peur de se sentir jugés ou d'être perçus comme faibles (De Visser et McDonnel, 2013; O'Brien, Hunt et Hart, 2005) et se retrouvent plus tard dans des services d'urgence plus coûteux pour le système de santé (Baggett *et al.*, 2010; Dupéré, O'Neil et De Konink, 2012; Folsom ; Jackson, Willemin, Bodenmann 2016). De plus, les mêmes relations complexes compromettent souvent les processus qui nécessitent un suivi à plus long terme, tel que démontré par Nickash et Marnocha (2009). Ces suivis sont complexes puisque les hommes itinérants se sentent incompris dans leurs situations et ont l'impression que les professionnels ne parviennent pas à leur offrir un traitement qui concorde avec leur réalité. Ces derniers ont tendance à offrir une solution médicale répondant à un seul de leurs problèmes (alors qu'ils vivent souvent avec plusieurs) et traitant uniquement la problématique

médicale sans considérer les problématiques d'organisation personnelle et de ressources matérielles qui demeureront des barrières au traitement.

1.2.1 HISTORIQUE DES POLITIQUES CONCERNANT L'ITINÉRANCE CHEZ LES HOMMES

Les différentes interventions gouvernementales en matière d'itinérance ont eu, dans l'histoire du Québec et du Canada, un impact important sur les réponses offertes à la problématique. Nous désirons effectuer un tour d'horizon des différentes mesures mises en place et de leurs implications sur les réponses apportées par le réseau de la santé et des services sociaux aux problématiques des personnes itinérantes afin de brosser le meilleur portrait possible de la situation. Mais avant même de parler des politiques gouvernementales, il est important de souligner que les communautés se mobilisent depuis longtemps afin d'agir en matière d'itinérance. Au Québec, le RAPSIM (Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal), entre autres, est en action depuis 1974 (incorporé en 1978). Celui-ci a développé différentes initiatives afin d'initier des changements politiques qui se sont concrétisés notamment par la mise en place en 1992 d'un protocole interministériel sur l'itinérance et, la même année, par la création du Comité de liaison en itinérance de Montréal, visant le développement d'actions plus globales en matière d'itinérance. À l'aube de l'an 2000, le gouvernement libéral de Jean Chrétien a mis en place l'Initiative de partenariats de lutte à l'itinérance (IPAC), reconnaissant ainsi l'importance de concerter au niveau national l'effort de lutte à l'itinérance. Cette mesure encadrait donc le financement des différents organismes dans le domaine. Il a établi des priorités régionales et a permis des réponses aux besoins en logements sociaux, hébergement, installations et intervention (RAPSIM, 2015). Le programme a été par la suite reconduit par le gouvernement de Paul Martin de 2003 à 2007. Pendant cette période, plusieurs acteurs provinciaux de la lutte à l'itinérance se sont rassemblés en 2005 lors des premiers états généraux de l'itinérance au Québec afin de partager leurs expériences et de se doter de lignes directrices communes pour lutter contre ce problème social. Par la suite une refonte du programme a mené à l'Initiative de Partenariats de Lutte contre l'itinérance (IPLI 2007-2009) qui est par la suite devenue la Stratégie des partenariats de lutte à

l'itinérance (SPLI 2009-2014) sous un gouvernement dirigé par les conservateurs de Stephen Harper. Il est à noter que peu de changements majeurs ont été apportés à ces politiques avant 2013, date à laquelle le gouvernement fédéral a présenté son intention de modifier la politique en vigueur jusqu'alors afin de l'orienter vers l'approche *Housing first*, une approche priorisant l'obtention d'un logis permanent avant le traitement des problématiques. En 2015, suite à une opposition importante des organismes intervenant en itinérance au Québec, la SPLI est réorientée vers l'approche *Housing first* modifiant son budget pour dédier 65% de celui-ci aux initiatives utilisant cette approche. En 2019, cette politique est toujours en application.

Bien que les perspectives de la politique aient légèrement changées au gré des ajustements effectués par les libéraux puis, plus drastiquement, lors de sa refonte orchestrée par les conservateurs, le gouvernement fédéral démontre une implication depuis maintenant 20 ans dans la lutte à l'itinérance alors que le milieu communautaire lui est actif depuis au moins 40 ans. Ce bref historique se veut sommaire et il aurait été impossible de nommer toutes les mesures gouvernementales et toutes les initiatives du RAPSIM et des autres acteurs de la lutte, mais il est important de tenir compte du contexte actuel dans lequel s'inscrit le présent mémoire. Bien que le lien entre la politique et les soins offerts ne sera pas traité en profondeur, la récente refonte du programme fédéral de la lutte à l'itinérance centrée sur l'obtention d'un logis sans égard aux problématiques vécues par l'individu a un impact important sur les réponses offertes par le réseau de la santé et des services sociaux aux besoins des hommes sans-abris.

Concernant la santé des hommes, bien que plusieurs initiatives communautaires et des recherches existent depuis les années 80, c'est en 2004 qu'il a été possible d'observer la naissance d'une organisation provinciale d'envergure. C'est à ce moment qu'a été déposé le rapport Rondeau : *Les hommes : s'ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins* (MSSS, 2004) qui a jeté les bases d'un long processus d'élaboration du premier Plan d'action ministériel santé et bien-être des hommes 2017-2022

(PAMSBEH) présentement en vigueur. Les orientations du PAMSBEH sont : 1) de mieux rejoindre la population masculine par les stratégies de promotion et de prévention, 2) d'adapter les services pour en améliorer l'accès et répondre aux besoins des hommes et 3) d'améliorer la compréhension des dynamiques masculines et des pratiques adaptées pour répondre aux besoins des hommes (MSSS, 2017). Entre 2004 et l'instauration de ce premier PAMSBEH, le gouvernement a progressivement mis en place des mesures spécifiques en nommant, en 2005 un coordonnateur santé et bien-être des hommes et en mettant en place des projets pilotes d'intervention préventive auprès des hommes en situation de vulnérabilité dans le cadre du plan d'action en santé mentale 2005-2010. Pendant cette même période, un groupe de travail composé d'acteurs du communautaire et du professeur émérite de l'Université de Montréal, monsieur Gilles Rondeau, est mis en place. Les travaux de ce groupe se sont terminés en novembre 2011, rapidement suivi de la création et l'incorporation du Regroupement provincial santé et bien-être des hommes (RPSBEH), devenu un acteur majeur dans le domaine de la santé des hommes en matière de concertation, de financement et de soutien pour les acteurs communautaires du milieu.

La lutte sociale pour la santé et le bien-être des hommes est plus récente que la lutte à l'itinérance explorée plus tôt, mais elle a pris rapidement de l'ampleur. Elle a permis notamment de faire valoir l'importance des enjeux reliés aux réalités masculines en ce qui a trait à la spécificité de la demande d'aide des hommes et à l'adaptation de l'offre de services afin de les rejoindre plus adéquatement. Le MSSS oeuvre dans ce sens avec, notamment, la mise en place de son PAMSBEH (2017-2022).

1.3 PERSPECTIVE DES INTERVENANTS

Le choix de la perspective des intervenants des ressources d'hébergement découle de l'intérêt suscité par leur position privilégiée et par leur rôle unique dans la vie des hommes itinérants. Ce type de professionnel peut plus facilement observer la problématique étudiée que n'importe quel autre, profitant d'une implication à la fois dans la vie quotidienne des hommes itinérants et dans leurs différentes démarches en

lien avec leur santé et leur situation. Leur vision de la problématique est d'une grande valeur pour ce mémoire puisque les intervenants peuvent à la fois partager les détails factuels des demandes de soins et des suivis, mais aussi parce qu'ils sont en mesure d'observer à la fois les propos et les comportements des hommes sans-abri et ceux des professionnels de la santé et des services sociaux qui les accueillent et les accompagnent. Évidemment, une attention particulière sera portée aux filtres pouvant teinter la vision des intervenants autant dans leur vision des hommes itinérants, des professionnels avec qui ils interagissent que des processus de santé et de services sociaux auxquels ils prennent part.

1.4 PERTINENCE DE LA PRÉSENTE RECHERCHE

La présente recherche vise à comprendre le phénomène existant autour du lien entre les hommes itinérants, vivant dans des villes de taille moyenne, et les services de santé et les services sociaux afin d'en brosser un portrait réaliste qui permettra à d'autres professionnels de disposer de données pertinentes pour le développement d'outils visant à améliorer la réponse aux besoins de ces hommes. Les villes de taille moyenne ont été ciblées afin de comparer les données obtenues avec les études similaires très majoritairement conduites dans des métropoles. Une meilleure connaissance des barrières à l'obtention de soins et au suivi que crée la combinaison des masculinités et de l'itinérance pourrait permettre aux différents acteurs d'ajuster leurs actions afin de mieux y répondre. Ces nouvelles connaissances pourraient également permettre de changer les tendances selon lesquelles les hommes itinérants sont sous-représentés dans les services de prévention en santé (Baggett *et al.* 2010; Dupéré, O'Neil et De Konink, 2012; Folsom, Hawthorn, Lindamer, Gilmer, Bailey *et al.*, 2005; Martins, 2008), entraînant du même coup des services curatifs plus coûteux. Le Homeless Hub (2013) rapportait que les itinérants dits « chroniques » qu'ils définissent comme ceux qui sont « traditionnellement des usagers des refuges à long terme, et des individus “absolument sans-abri” qui vivent dans la rue, la grande majorité atteinte de sérieux problèmes de santé mentale ou de problèmes d'accoutumance, et/ou d'handicaps physiques. » (Homeless Hub 2013 : 29)

consomment beaucoup de services de santé et de services sociaux et que, plus ils sont itinérants longtemps, plus leurs problèmes sont importants et complexes et, par le fait même, leurs besoins de services aussi. Une compréhension accrue du phénomène permettra également de mieux cerner les raisons pour lesquelles les hommes ont moins tendance à adhérer aux processus de soins dans lesquels ils s'engagent (Nickash et Marnocha, 2009).

CHAPITRE 2

RECENSION DES ÉCRITS

Le présent mémoire cherche à mieux comprendre le lien existant entre les hommes itinérants et les services de santé et les services sociaux. Pour analyser cette dynamique, il apparaît nécessaire de bien connaître l'état des connaissances déjà existantes sur cette problématique. Le premier thème exploré est celui de l'itinérance (être sans-abri), ce qu'être sans-abri signifie et les impacts que cette condition a sur les relations avec les services de santé et les services sociaux à la lumière d'études effectuées au Canada, aux États-Unis et ailleurs. De la même manière, afin d'étayer le portrait de la situation, la connaissance des besoins propres aux personnes itinérantes est également abordée. Différentes lectures nous ont également amenés à considérer l'impact du genre sur la santé et sur les rapports que les hommes entretiennent avec les services de santé et les services sociaux à partir du point des intervenants travaillant auprès d'hommes itinérants dits « chroniques » ou « récurrents » qui eux, comme nous le verrons plus loin, sont de grands utilisateurs de services. Dans le cadre du présent mémoire, nous avons exclu les hommes vivant de l'itinérance transitionnelle, c'est-à-dire les personnes vivant un accident de parcours et utilisant les services d'hébergement d'urgence une seule fois, pour une très courte durée. Ces personnes représentent environ 24 à 29% des personnes fréquentant les hébergements d'urgence (Segaert, 2012: 19), mais ils utilisent seulement une faible des ressources disponibles et mettent fin à leur situation d'itinérance avec somme toute un peu d'aide.

2.2 ITINÉRANCE

Les chemins qui mènent à l'itinérance et qui en sortent ne sont ni linéaires ni uniformes. Les individus et les familles qui deviennent des sans-abris n'ont pas forcément beaucoup de points en communs, à part le fait qu'ils sont extrêmement vulnérables, n'ont pas de logement ni de revenu adéquat, et ne disposent pas des soutiens nécessaires pour veiller à ce qu'ils restent logés. (Homeless Hub, 2013)

L'itinérance est un phénomène complexe, multifactoriel, qui ne peut être défini simplement (Roy, 2007). L'organisation Homeless Hub (2013) mentionne d'ailleurs que les frontières sont floues entre la pauvreté et l'itinérance, et que les chemins qui y mènent ne sont « ni linéaires ni uniformes ». Paquette, Perreault, Faulkner et Leduc (2008) affirmaient, il y a un peu plus de dix ans, qu'il n'existe malheureusement pas de données explicites et claires quant à l'état de l'itinérance au Québec. Ces auteurs spécifiaient cependant que les intervenants de plusieurs organismes travaillant auprès des personnes itinérantes soutiennent que le phénomène est en augmentation. Aujourd'hui, nous possédons un peu plus de données comme celles mentionnées plus haut, mais le portrait global reste flou. Au Canada, le Homeless Hub estimait dans son rapport de 2013 qu'au moins 200 000 personnes ont besoin d'hébergement d'urgence chaque année, et que chaque nuit, c'est environ 30 000 individus qui vivent une situation d'itinérance. Cette population serait composée d'environ deux tiers d'hommes (63 %, dont la majeure partie se situe entre 25 et 55 ans [Homeless Hub, 2013]) et d'un tiers de femmes (36,9 %). Les femmes seraient cependant plus susceptibles d'utiliser des moyens informels de se loger puisqu'elles représentent seulement 26,2 % des usagers des hébergements d'urgence (Segaert, 2012 : 14).

Aucune définition du concept de sans-abri ou d'itinérance (*homelessness*) ne fait l'unanimité parmi les experts. Des instances législatives formelles comme le département du *Housing and Urban Development* (HUD) aux États-Unis ont des approches plutôt fonctionnelles de l'itinérance. Le HUD la définit comme étant la situation d'un individu ou d'une famille ne disposant pas de logis nocturne fixe,

régulier et adéquat (HUD, 2013 : 2). Le département américain précise qu'une voiture, une tente ou un immeuble abandonné ne constituent pas une résidence, tout comme les ressources de type refuge, hôtels, motels, etc. Certains auteurs, comme Justo (2008) cité dans Turchetto (2012), affirment que : « l'itinérant est la personne sans-abri, l'habitant de la rue, qui a perdu des attributs sociaux, comme la famille et l'emploi et qui tire son existence de la rue » (p. 21). Tandis que d'autres encore, comme Bonin et ses collègues (2005), préconisent une vision plus globale de l'itinérance, en opposition aux définitions centrées simplement sur l'absence de logement, considérant des sous-types tels que l'itinérance chronique et l'itinérance transitoire. Au Canada, une nouvelle définition de l'itinérance a été publiée par le Réseau canadien de recherches sur l'itinérance en 2012 :

L'itinérance décrit la situation d'un individu ou d'une famille qui n'a pas de logement stable, permanent et adéquat, ou qui n'a pas de possibilité ou la capacité immédiate de s'en procurer un. C'est le résultat d'obstacles systémiques et sociétaux, d'un manque de logements abordables et adéquats, et/ou de défis financiers, mentaux, cognitifs, de comportement ou physiques qu'éprouvent l'individu ou la famille, et de racisme et de discrimination. La plupart des gens ne choisissent pas d'être un sans-abri et l'expérience est généralement négative, stressante et pénible. (CHRN, 2012 : 1)

Bien que la définition de Bonin et ses collègues (2005) et celle du Réseau canadien de recherches sur l'itinérance (2012) sont considérées plus complètes, certains auteurs ont choisi de s'appuyer sur des définitions telles que celle du HUD, en raison de sa clarté et de l'absence de zones grises. Dans le cadre de cette recension des écrits scientifiques, nous traiterons les études sans égards à la définition de l'itinérance choisie par les auteurs afin d'avoir le portrait le plus inclusif possible des études réalisées sur le sujet.

Dans le chapitre sur la problématique, nous avons mentionné l'existence de l'itinérance dite « chronique ». Cette catégorie d'itinérance représente un faible pourcentage de la population itinérante, mais les personnes qui vivent cette réalité sont

de grandes utilisatrices de services (Homeless Hub 2013). Cette recherche tient compte principalement de cette catégorie ainsi que des hommes vivant une itinérance épisodique, c'est-à-dire qui « entrent et sortent de l'itinérance plusieurs fois pendant une période de trois ans (et certains de ces déplacements peuvent être vers des services correctionnels ou des hôpitaux) » (Homeless Hub 2013 : 29). Les personnes vivant de l'itinérance dite « transitionnelle » ne seront pas prises en considération dans le cadre de l'étude, puisque leur expérience de l'itinérance est très différente des autres. L'itinérance transitionnelle est caractérisée par un incident isolé et de courte durée qui ne les mène pas au même niveau de marginalisation et d'exclusion sociale que pour les itinérants chroniques ou épisodiques. Leur situation est moins complexe entre autres en ce qui a trait à la toxicomanie et à la santé mentale (Homeless Hub 2013 : 29).

2.3 PROFIL D'UTILISATION DES SERVICES EN LIEN AVEC LA PROBLÉMATIQUE DE L'ITINÉRANCE

Plusieurs travaux de recherche mettent en évidence que les personnes sans-abri sont de grands consommateurs de services d'urgence et qu'ils le sont beaucoup moins de ceux qui sont dédiés à la prévention (Baggett *et al.*, 2010; Dupéré, O'Neil et De Konink, 2012; Folsom *et al.*, 2005; Martins, 2008). Ce constat est d'importance puisqu'il permet de voir aisément quel peut être l'impact de la problématique de l'itinérance sur la société et plus précisément, sur le système de santé et de services sociaux. Les services d'urgence nécessitent des interventions parfois drastiques et potentiellement coûteuses qui mobilisent beaucoup de personnel, contrairement à la prévention qui est moins onéreuse et qui peut éviter l'aggravation de certaines situations problématiques, en limitant ainsi les répercussions négatives par le biais d'une prise en charge précoce (Grimard, 2006). Différentes raisons peuvent expliquer cette utilisation des services d'urgence par les personnes itinérantes. Plusieurs auteurs les identifient comme étant des barrières à l'accès et à la poursuite des soins (Martins 2008; Nickash et Marnocha 2009; Ogdens et Avades, 2011). En interrogeant des hommes sans-abri de la ville de Montréal, Dupéré, O'Neil et De Koninck (2012) ont fait le constat que leur situation de vie les amenait à se concentrer sur la satisfaction de leurs besoins de base

au détriment de signes inquiétants concernant leur état de santé. Les personnes sans-abris négligeraient donc les signes de problèmes de santé afin de se concentrer sur la satisfaction de leurs besoins de base, et ce, jusqu'à ce que le problème de santé en question les empêche de subvenir à ceux-ci. Une fois ce stade atteint, leur état nécessite souvent des soins d'urgence. La non-satisfaction des besoins de base est donc la première barrière à la demande de soins (Dupéré *et al.*, 2012).

Les personnes présentant des troubles concomitants en plus de l'itinérance (consommation de drogue et d'alcool, problème de santé mentale, etc.), sont plus enclins à consommer davantage de services d'urgence (Dupéré *et al.*, 2012; Martins 2008). Folsom et ses collègues (2005) rapportent que les personnes vivant une situation d'itinérance et étant aux prises avec des troubles graves de santé mentale sont dix fois plus à risque que celles vivant des troubles de santé mentale similaires, mais possédant un lieu de résidence stable, de se retrouver dans des services d'hébergement de crise et quatre fois plus, dans des services d'hospitalisation psychiatrique. Les personnes sans-abri ayant un trouble de santé mentale représentent un pourcentage mineur de la population globale vivant avec un tel diagnostic, mais comptent pour un beaucoup plus grand pourcentage des admissions en urgence psychiatrique en raison de leurs besoins plus grands (Homeless Hub, 2013; Roseneck et Lam, 1997).

La vie d'itinérant, en marge de la société, amène son lot de préjugés et d'idées préconçues de la part des gens qui interagissent avec cette population. C'est du moins ce que les personnes sans-abri interrogées par plusieurs auteurs (Dupéré *et al.*, 2012; Nickash et Marnocha, 2009; Roseneck et Lam, 1997; Turchetto 2012; Wen, Hudak et Hwang, 2007) ont mentionné lorsque questionnées sur leur perception de leur accueil dans les services de santé et les services sociaux. Cette peur d'être jugées négativement les amène souvent à repousser ou annuler leurs visites à l'hôpital ou dans d'autres services. Plusieurs ont mentionné se sentir jugées et traitées différemment des autres personnes non-itinérantes (Dupéré *et al.*, 2012; Nickash et Marnocha, 2009). La question de la peur du non-respect de leur droit à la confidentialité a également été

évoquée à quelques reprises (Dupéré *et al.*, 2012). Ce sentiment de rejet et cette crainte du jugement s'ajoutent à la marginalisation générale vécue par les personnes sans-abri devenant une autre barrière à la demande de soins.

Un autre frein important à la demande de soins peut être le coût de ceux-ci (Nickash et Marnocha, 2009). Ce constat ne s'applique pas uniquement aux États-Unis et aux autres pays qui ne bénéficient pas d'un accès universel aux soins de santé. Au Québec, bien que la plupart des soins sont accessibles gratuitement, certains engagent tout de même des coûts pour l'utilisateur. Nous n'avons qu'à penser à ceux qui sont reliés aux prescriptions pour les défauts oculaires (également soulignés par Wright et ses collègues [2006]) ou aux soins dentaires, deux besoins sanitaires qui sont d'ailleurs identifiés par Baggett et ses collègues (2010) comme étant non comblés pour 41% de la population itinérante interrogée dans le cadre de leur recherche. Bien que les personnes sans-abri peuvent bénéficier de différentes sources de revenus, la majorité des personnes interrogées dans les études québécoises sont bénéficiaires de l'aide financière de dernier recours du Gouvernement du Québec (Dupéré *et al.*, 2012; Turchetto 2012). Avec un montant de total de 669 \$ par mois (Gouvernement du Québec, 2019), les frais associés à des soins non couverts peuvent rapidement devenir difficiles à prioriser dans un budget, une situation qui avait déjà été observée au début de la décennie (Baggett *et al.*, 2010; Nickash et Marnocha, 2009).

2.4 LES BESOINS DES HOMMES SANS ABRI

Les personnes itinérantes ont plusieurs besoins, mais n'effectuent pas de demande claire lorsqu'ils cherchent des services (Moore, Manias et Gerdtz, 2011). C'est peut-être en partie la raison pour laquelle elles évaluent ne pas recevoir l'aide nécessaire pour les satisfaire. Ces derniers, ainsi que Poirier, Bonin, Lesage et Reinharz (2000) mettent en évidence que les personnes itinérantes interrogées perçoivent que les problèmes auxquels ils sont confrontés sont de plus grande ampleur comparativement à leur perception de l'aide disponible pour les résoudre (Figures 1 et 2). La Figure 1 présente les « champs cliniques et sociaux » pour lesquels les répondants de l'étude

présentent certains problèmes et les couleurs des champs indiquent l'intensité des problèmes rapportés. La figure 2 fait état quant à elle de l'évaluation de l'aide disponible pour les mêmes « champs cliniques et sociaux », les couleurs indiquent cette fois si l'aide est à la fois disponible et appropriée pour répondre aux besoins soulevés.

Figure 1 : Profil des problèmes

(Poirier, Bonin, Lesage et Reinharz, 2000)

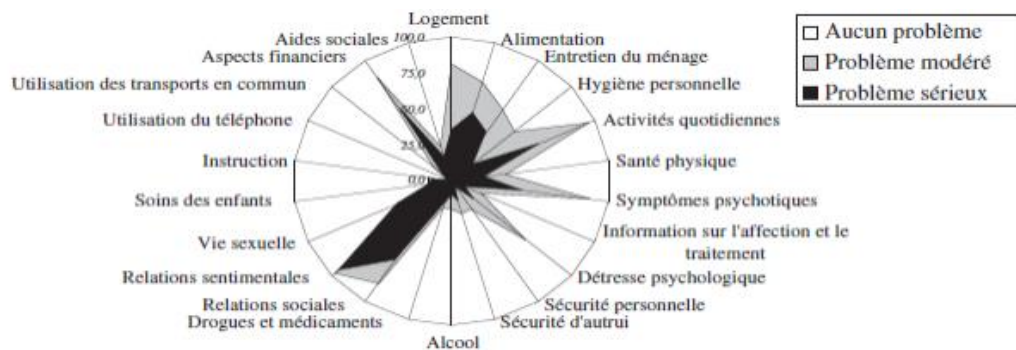
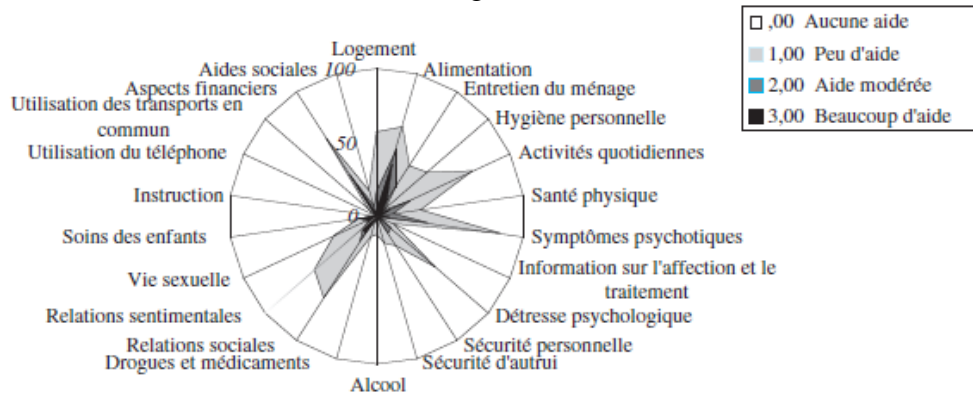


Figure 2 : Profil des aides apportées

(Poirier, Bonin, Lesage et Reinharz, 2000)



Étant donné qu'il s'agit de perceptions dans les deux cas, les données doivent être considérées avec prudence. Par exemple, la perception de l'aide disponible peut être faussée par une mauvaise connaissance des ressources et celle de l'ampleur d'un

problème peut être perçue comme plus grande si le niveau d'espoir de trouver une solution est faible. Poirier et coll. (2000) spécifient par contre que pour pallier à ces biais potentiels, les tests ont été effectués à deux reprises, à six mois d'écart, et ce, en utilisant un outil reconnu : le Questionnaire de la qualité de vie du Wisconsin (Becker et al., 1993) et du *Camberwell Assessment of Needs* (version de l'intervenant) (CAN-F, Phelan et al., 1995). Par ailleurs, il appert que certaines problématiques bien connues des services de santé et des services sociaux telles que la consommation de drogue et d'alcool n'ont pas été identifiées comme de grands besoins par les personnes itinérantes qui semblent avoir mis davantage l'accent sur des besoins fonctionnels (argent, logement, alimentation) et sociaux plutôt que sur le traitement des problèmes de santé physique ou mentale. Pourtant, Baggett et ses collègues (2010) ont fait un recensement des besoins non satisfaits au niveau de la santé qui démontre que ces derniers font bien partis de l'équation. Parmi les personnes itinérantes interrogées par ces chercheurs, 32 % estimaient avoir besoin de soins médicaux ou chirurgicaux et 36 % déclaraient avoir des besoins non comblés liés à la médication (prescription) tandis que presque un quart (21 %) soulignait qu'elles n'avaient pas accès aux soins dont elles avaient besoin en matière de santé mentale. Les besoins de prescription ophtalmologique et de soins dentaires qui ne sont pas satisfaits ont été quant à eux mentionnés par près de la moitié des répondants (41%) dans les deux cas. De plus, pratiquement une personne interrogée sur deux (49 %) indiquait être concernée par au moins deux catégories de problématique où leurs besoins n'étaient pas comblés. Wright et ses collègues (2006) spécifient pour leur part que, parmi les problématiques médicales fréquentes chez les personnes sans-abri, les infections de la peau, les blessures aux pieds et les troubles respiratoires sont très présents. Les mêmes auteurs indiquent également que pour les utilisateurs de drogues, les risques de plusieurs troubles infectieux ou reliés aux fonctionnements des organes sont plus élevés.

Finalement, les personnes itinérantes peuvent également mobiliser beaucoup de services, mais ne pas en profiter de façon optimale du fait de leur absentéisme aux rendez-vous, ou encore, de leur impossibilité d'appliquer les recommandations des professionnels de la santé en raison de leur style de vie et du milieu dans lequel ils

évoluent (Ogden et Avades, 2011). Cela peut être dû aux barrières discutées précédemment (non-satisfaction des besoins de base, peur d'être jugé, manque de ressources, etc.) et qui peuvent aussi interférer avec le processus, portant les hommes itinérants à se désinvestir des protocoles de soin qu'ils ont parfois eux-mêmes initiés (Nickash et Marnocha, 2009).

2.5 LES MASCULINITÉS

2.5.1 CONSTRUCTION DES MASCULINITÉS

Tout d'abord, il est nécessaire de différencier le sexe du genre. Le sexe est un attribut biologique, généralement binaire (excluant quelques cas d'intersexe qui restent marginaux par rapport à la population générale). Le genre, tel que rapporté par Hooper et Quallish (2016), est l'analogue mental ou psychologique du sexe. Il s'agit donc d'une identité, construite, influencée par différents facteurs qui peuvent concorder, ou pas, avec le sexe. Le genre n'est pas binaire, il s'agit plutôt d'un spectre qui laisse place à beaucoup de zones grises, d'interprétations et qui est influencé par l'environnement (Möller-Leimkühler, 2002).

Comme le genre n'est pas binaire et que chaque personne possède son identité distincte, les hommes ne composent pas un groupe homogène (Galdas, Cheater et Marshall, 2005), ce qui fait en sorte qu'il existe plusieurs masculinités que l'on peut voir comme des sous-groupes classés hiérarchiquement les uns par rapport aux autres selon leur concordance avec les normes masculines de leur environnement (Connell, 1995). Ces groupes s'apparentent tous au concept qu'est la masculinité, mais sont suffisamment spécifiques pour se différencier les uns des autres (Courteney, 2009). Certains groupes répondront aux critères plus traditionnels, comme l'homme fort, pourvoyeur et autonome, d'autres adhéreront à des masculinités plus nuancées ou moins traditionnelles (parfois perçus par ceux qui adhèrent à une masculinité traditionnelle comme faisant partie de groupes subordonnés) (Connell, 1995; Courteney, 2009), comme les masculinités dites moderne, observée par

De Visser et McDonnell (2013).

La masculinité se construit en opposition avec la féminité (Courteney 2009; Mahalik, Burns et Syzdek, 2007; Noone et Stephens, 2008), à travers le processus de socialisation masculine qui renforce certains comportements et en réprime d'autres. Les hommes apprennent donc la masculinité en observant, en expérimentant et en tenant compte des représentations de cette masculinité déjà existante qui sont véhiculées dans leur milieu (Addis et Mahalik, 2003; Courteney, 2009). Les hommes qui adhèrent à une masculinité dite plus traditionnelle ont tendance à voir la masculinité et la féminité dans une opposition beaucoup plus tranchée. Tandis que les hommes adhérant à des modèles plus modernes voient plus de zones grises et d'entre-deux et s'entendent généralement pour dire qu'il existe un large éventail de masculinités (De Visser et McDonnell, 2013). Certains groupes semblent prédisposés à adopter les comportements d'une masculinité plus traditionnelle ou au contraire, plus moderne. Par exemple, selon certaines études, (Dupéré et al., 2016; Tannenbaum et Frank, 2011) les personnes en situation de pauvreté et celles vivant en milieu rural semblent adhérer davantage à la masculinité traditionnelle.

La masculinité serait donc une norme qui est différente selon la situation et le temps, elle peut même être circonstancielle, c'est-à-dire se modifier de manière temporaire en raison d'un contexte particulier (Addis et Mahalik, 2003). Ces derniers mentionnent que les hommes expérimentent différemment cette norme en fonction de leur âge, leur statut social, leurs valeurs, leurs croyances et leur interprétation des stéréotypes de genre. La masculinité dite traditionnelle prône des valeurs qui répondent aux stéréotypes. L'accent est mis sur la force, l'indépendance, l'autonomie, le rôle de pourvoyeur, le succès, le contrôle, l'indépendance, etc. (Connell 1995; De Visser et McDonnell, 2013). Dans une perspective féministe, la masculinité traditionnelle met l'accent sur l'expression du pouvoir dominant autant envers les masculinités perçues comme inférieures ou subordonnées (ne répondant pas à leurs standards) qu'envers les femmes (Courtenay 2009). Connell (1995) affirme d'ailleurs qu'il existe littéralement

une hiérarchie des masculinités pour ceux qui adhèrent à la masculinité hégémonique. Selon Connell, cette dernière correspond à l'idéal à atteindre, et tout homme s'en éloignant se retrouve hiérarchiquement moins masculin que ceux qui s'en approchent. Cette domination s'exprime par l'adoption de comportements démontrant, entre autres, la force, l'invulnérabilité et l'endurance (Dupéré *et al.*, 2016; Möller-Leimkühler, 2002; Roy et Tremblay, 2009).

2.5.2 MASCULINITÉ COMME NORME

La masculinité prescrivant des comportements, des attitudes et des agissements acceptables lorsqu'ils concordent avec ses valeurs et répressibles lorsqu'ils sont en contradiction avec ces dernières prend clairement la forme d'une norme (Addhis et Mahalik, 2003). La norme masculine est donc décrite comme une « constellation particulière de standards et d'attentes, incluant l'accomplissement, le contrôle émotionnel, l'antiféminité et l'homophobie... » (Roy et Des Rivières-Pigeon, 2011 : 51).

Il est important de considérer qu'une norme comme celle de la masculinité est toujours sujette à interprétation (Mahalik, Burns et Syzdek, 2007), contrairement aux normes formelles qui sont généralement claires et explicites. Les hommes, de manière individuelle, accordent donc à la norme de la masculinité une importance ou une intensité qui leur est propre. Les actions, les comportements et les attitudes qu'ils utiliseront par la suite en lien avec cette norme seront proportionnels et cohérents avec la perception qu'ils en ont (Möller-Leimkühler, 2002). Il est donc nécessaire de considérer l'interprétation individuelle que font les hommes de la norme en plus des facteurs environnementaux qui peuvent influencer ladite norme (géographiques, culturels, économiques, etc.).

Si la norme dépend de la perception, le manquement à la norme y est également rattaché. Un même comportement peut être perçu comme une dérogation par certains,

mais comme tolérable par d'autres. C'est également sur la base de cette perception que les hommes se positionneront eux-mêmes par rapport à la norme (Mahalik, Burns et Syzdek, 2007). L'adhésion à la norme de masculinité est constamment à prouver, autant à soi qu'aux autres. En effet, les garçons, les adolescents et les hommes doivent prouver leur masculinité tout au long de leur vie ; ils y parviennent notamment en valorisant la force et la violence et en adoptant des comportements à risque (Tremblay, Thibeault, Fonséca et Lapoite-Goupil, 2004). Dépendamment des groupes, du lieu, de l'époque et de la situation, les preuves requises pour démontrer sa masculinité peuvent varier (Courtenay, 2009). Plus les comportements d'un homme sont perçus, autant par les autres que par lui-même, comme étant loin de la norme, plus cet homme vit un conflit de rôle important par rapport à sa perception des attentes de la société (O'Neil, 2008; Pleck, 1995; Roy et Des Rivières-Pigeon, 2011). La norme pouvant induire une certaine confusion quant aux actions prescrites pour exécuter convenablement le rôle masculin, des tensions de rôles de genre, pour reprendre l'expression de Pleck (1995), peuvent apparaître. Ces tensions ont des impacts négatifs sur les hommes qui entreprendront des activités qui vont à l'encontre de leurs intérêts personnels afin de répondre à la norme masculine telle qu'ils la perçoivent ou pour répondre à des pressions externes (O'Neil, 2008). Répondre à la norme, telle que perçue par l'individu, peut amener un certain bonheur chez les hommes (Roy et Tremblay, 2009). Le sentiment d'appartenance au grand groupe que composent les hommes, l'impression d'être en quelque sorte comme les autres, est rassurant.

Il est intéressant de noter que les démonstrations de masculinité nécessaires à la validation de cette dernière peuvent varier selon les circonstances au point que certains hommes peuvent choisir de dévier de leurs comportements habituels afin d'obtenir cette approbation. Un individu peut donc agir différemment en fonction du groupe dans lequel il se trouve : un homme ayant une vision dite très moderne des relations de genre, qui ne sent pas habituellement le besoin de rabaisser les femmes pour augmenter son pouvoir pourrait faire des commentaires sexistes à l'occasion d'un événement sportif masculin par exemple, afin d'être accepté par ses pairs (Addis et Mahalik, 2003).

2.5.3 MASCULINITÉ ET ITINÉRANCE

Les hommes à faibles revenus auraient davantage tendance que ceux avec des revenus plus élevés à adhérer à une masculinité dite traditionnelle (Dupéré, O'Neil et De Koninck, 2016), ce qui amplifie les tensions de rôles de genre (O'Neil, 2008) qui sont créées par l'impossibilité d'atteindre les idéaux de richesse, de prestige et de pouvoirs (Courtenay, 2009). Leur situation fait en sorte qu'ils ne disposent pas des mêmes moyens que les hommes mieux nantis pour démontrer leur masculinité. S'ajoutent à cela les problèmes de santé chroniques rencontrés par les hommes itinérants tels que décrits par les équipes de Baggett (2010) et de Wright (2006) qui contribuent à la détérioration du corps de ces hommes, les privant des moyens physiques de démontrer d'autres éléments clés de la masculinité traditionnelle tels que la force et l'invulnérabilité.

2.5.4 LA SANTÉ DES HOMMES

Les hommes ont une relation différente des femmes avec leur santé (Courtenay, 2009). Leurs comportements en la matière en sont par conséquent affectés et il en résulte des conséquences visibles sur le groupe qu'ils composent. Un des indicateurs les plus représentatifs est évidemment l'espérance de vie des hommes par rapport à celui des femmes qui est inférieur d'environ quatre ans au Canada (ISQ, 2012). Cet écart augmente à six ans dans les milieux économiquement défavorisés (MSSS, 2016). En effet, il existe des décalages importants entre les différentes catégories d'homme en termes de santé. Les hommes riches sont globalement plus en santé que les hommes pauvres, tout comme les hommes en couple le sont plus que les hommes vivant seuls (Tremblay *et al.*, 2005; Tremblay et Déry, 2010).

Les hommes en général ont tendance à avoir plus de comportements à risque que les femmes en ce qui concerne leur santé. Selon un rapport Institut de la statistique du Québec (2016), dans la province, les hommes sont plus nombreux à consommer de la drogue (17 % contre 9 %). Ils consomment plus que les femmes pour tous les types de drogue sauf dans le cas des médicaments non prescrites. Ils sont également plus nombreux à fumer du tabac (27 % contre 23 %) et à consommer de l'alcool de manière excessive (27 % contre 10 %). Tremblay (2016) soutient d'ailleurs que certaines de ces consommations traduisent une « forme de socialisation masculine ». Il est intéressant de remarquer que leur tendance à prendre des risques se manifeste aussi dans la proportion d'hommes aux prises avec un problème de jeux en comparaison avec celle des femmes (2 % contre 0,7 %). Le même rapport fait finalement état que les hommes sont plus nombreux à combiner deux ou trois de ces comportements à risque (12,6 % contre 4,9 % chez les femmes). Il est important de noter que dans sa publication sur les déterminants de la santé, le gouvernement du Québec mentionnait que : « le statut socioéconomique des individus [a] une très grande influence sur l'état de santé de la population, soit par leurs effets directs, soit par leurs effets sur de nombreux déterminants tels que les comportements individuels et les milieux de vie. » (MSSS, 2010 : 8). Ces hommes ont donc encore plus tendance que les autres à adopter des habitudes qui nuisent à leur santé telles que la consommation de drogue et d'alcool et la prise de risques excessive. Ces hommes ont également moins tendance à avoir des comportements préventifs (Boman et Walker, 2010; Courtenay, 2011; Dulac, 2001; Hamilton et Mahalik, 2009; O'Brien, Hunt & Hart, 2005; Tannenbaum et Frank, 2011; Tremblay et Déry, 2010). Selon Tremblay (2016), cette prise de risque est également liée à la surestimation qu'ont les hommes de leur état de santé, cette exposition répétée aux risques les rend plus susceptibles que les femmes d'être victimes d'accidents et de blessures.

Les hommes plus pauvres qui adoptent une masculinité dite hégémonique (Dupéré *et al.*, 2016) constituent un groupe à risque de connaître de manière plus importante certains problèmes de santé mentale tels que la dépression ou le suicide tel que relevé par Tremblay (2016). L'auteur soulève aussi que, dans ce même groupe, le

travail (ou l'absence de) aurait, un impact important sur la santé physique et mentale des hommes. C'est donc dire qu'ils font partie d'une population qui est à la fois plus à risque d'avoir un emploi instable, insatisfaisant ou de ne pas avoir d'emploi, mais aussi pour qui avoir un emploi instable ou insatisfaisant, ou ne pas avoir d'emploi, cause potentiellement de plus grands dommages au niveau de la santé.

2.5.5 LES HOMMES ET LEUR RAPPORT AUX SOINS

La représentation qu'ont les hommes de la santé est, comme l'ensemble des normes sociales, situationnelle (O'Brien, Hunt et Hart, 2005). En général, les actions visant à prendre soin de soi et à se préoccuper de sa santé sont associées au féminin (Courtenay, 2009; Dupéré *et al.*, 2016). D'ailleurs, Gough (2006) affirme que le marketing de la santé est fait pour les femmes, car elles possèdent culturellement le langage, les connaissances et le souci de la santé. Brooks (1998) affirme pour sa part que la structure même des services est genrée et possède plusieurs fonctionnements, implicites ou explicites, qui vont à contresens des normes et des valeurs de la masculinité dite traditionnelle ou hégémonique. Par logique d'opposition des genres, et d'exclusivité mutuelle des caractéristiques qui sont associées à chacun d'entre eux, les hommes n'aiment pas (de manière générale) s'associer à ces comportements (Courtenay, 2009). Leur rapport avec les services est également affecté par plusieurs facteurs. Outre l'offre de services dirigée vers les femmes, l'accessibilité, l'image d'ouverture aux hommes et les attitudes des intervenants influencent fortement cette dynamique (Le Gall et Cassan, 2010; Tremblay et Déry, 2010). Toutefois, il existe quelques exceptions à cette norme. Par exemple, pour occuper un emploi de pompier, les soins de santé réguliers, généralement associés à la féminité (Courtenay, 2009; Dupéré *et al.*, 2016), sont nécessaires pour maintenir son corps dans un état convenable (Noone et Stephens, 2008). Octroyant aux hommes qui la pratiquent un capital de masculinité très élevé en raison des risques qu'elle leur fait encourir et de la force dont ils ont besoin pour l'exercer, éléments valorisés dans les masculinités (De Visser & McDonnell 2013), cette profession permet aux pompiers d'amortir plus facilement la féminité qui est reliée aux visites chez le médecin. Dans ce contexte particulier, ce comportement n'affecte donc pas leur masculinité comme ce pourrait être le cas pour

un homme qui aurait le même comportement sans justification équivalente (Noone et Stephens, 2008).

Les hommes sentent une forte pression pour gérer eux-mêmes leur souffrance et ne laisser paraître aucun signe d'émotivité (O'Brien *et al.*, 2005), leurs actions les menant parfois même à l'isolement (Roy et Des Rivières-Pigeon, 2011). Il est démontré que dès l'adolescence, les hommes consultent moins que les femmes et que ces démarches leur demandent un plus grand effort. Cette tendance est constante, peu importe l'âge, le milieu socio-économique ou l'orientation sexuelle des hommes, bien qu'il soit intéressant de noter que la tendance est encore plus forte chez les hommes à faible revenu et les hommes vivant seuls (Tremblay, 2016). Cet auteur spécifie que :

[...] les liens entre la pauvreté et la santé sont multiples et, dans les cas d'exclusion sociale et de perte d'autonomie résultant d'une situation de pauvreté vécue par des hommes, ces derniers en seraient affectés par des souffrances "invisibles" qui ne seraient pas toujours bien reconnues par les réseaux de services existants. (Tremblay, 2016, p.23)

Exprimer ses besoins ou dévoiler des difficultés ou des douleurs ne concorde pas avec les valeurs associées à la masculinité hégémonique (Brooks, 1998) souvent prônée par les hommes à plus faible revenu (Dupéré *et al.*, 2016; Tannenbaum et Frank, 2011). Une forte association entre masculinités, force et succès rend l'acceptation des souffrances plus difficile (Moynihan, 1998), cette dernière représentant un aveu d'échec. Dans son enquête, le Regroupement provincial pour la santé et le bien-être des hommes (2018) rapporte que lorsque questionné sur la probabilité qu'ils consultent un intervenant selon différentes situations, les hommes à faible revenu ou vivant dans une famille avec un revenu plus faible que 55 000 \$ par année affichaient en moyenne des intentions de consultations moins élevées que les autres sous-groupes dans six des sept situations présentées. Pourtant, ces mêmes hommes sont plus nombreux que les autres à rapporter avoir une santé mentale ou physique passable ou mauvaise (RPSBEH, 2018).

Les implications de la crainte de diverger de la norme peuvent être visibles

lorsqu'une demande d'aide finit par être effectuée. Tremblay (2016) nous rapporte que pour les problèmes émotionnels ou personnels, le conjoint ou la conjointe est, de loin, la première ressource d'aide consultée (84,5 %, contre seulement 17 % pour les amis). Ces chiffres ne concernent cependant que ceux qui décident de demander de l'aide puisque l'auteur révèle que 48,8 % des hommes rejoints dans le cadre de sa recherche affirment qu'ils ne demanderaient pas d'aide pour ce type de problème émotionnel ou personnel.

La norme perçue par les hommes influence fortement les comportements liés à la santé (O'Brien *et al.*, 2005; Gough, 2006; Courtenay, 2009; Roy et Des Rivières-Pigeon, 2011). Les hommes sont beaucoup influencés par leur perception de ce que les autres hommes pensent et expriment par rapport aux comportements de santé. Cette influence est encore plus forte si les sujets sentent que les autres hommes constituent un groupe unanime, qu'ils sont similaires à eux et que les individus qui le composent sont importants à leurs yeux (Addis et Mahalik, 2003).

Même les hommes qui ont une représentation positive des soins de santé et qui affirment ne pas hésiter à consulter mentionnent cependant qu'ils n'en parlent pas à n'importe qui. Sachant que la norme sociale ne correspond pas à leur vision, ils craignent d'être marginalisés par rapport à leur décision (Addis et Cohan, 2005). Par contre, O'Brien *et al.* (2005) ont pu observer que dans un groupe où tous les participants s'identifiaient comme appartenant à une masculinité plus progressiste, en accord avec la nécessité de consulter des professionnels de la santé lorsqu'une personne en ressent le besoin, tous les membres du groupe se permettaient de rejeter les représentations traditionnelles d'homme fort qui ne doit pas parler de sa souffrance ou montrer d'émotion. Ces auteurs affirment que dans le cadre de leur recherche, les personnes interrogées ont même fait des blagues au sujet des comportements liés à la masculinité hégémonique.

2.6 RÔLE DES INTERVENANTS EN REGARD DE LA SANTÉ DES HOMMES

Le personnel médical semble éprouver certaines difficultés à décoder les signes de souffrance lorsqu'ils sont exprimés par des hommes de manière conforme aux normes masculines. Ces signes (l'irritabilité, les crises de colère, l'hostilité, etc. [Möller-Leimkühler, 2002]) sont différents de ceux que les femmes ont tendance à utiliser, rencontrés plus fréquemment par les professionnels dans leur pratique (Roy et Tremblay, 2009). Ces comportements utilisés par les hommes pour exprimer leur souffrance seraient utilisés en raison de leur acceptabilité dans le modèle de la masculinité hégémonique (Möller-Leimkühler, 2002). Or, ceux-ci sont jugés comme inadéquats dans un contexte de service de santé et risquent d'être réprimés plutôt qu'écoutés (Roy et Tremblay, 2009). C'est d'ailleurs une des raisons pour lesquelles les hommes sont parfois qualifiés de mauvais patients et ce pour quoi ils n'ont pas toujours bonne réputation dans les institutions de soins, toujours selon Roy et Tremblay (2009). Les normes masculines les amènent à déformer la réalité dans leurs récits, ce qui complique la tâche des médecins et des autres professionnels de la santé, ce qui risque de modifier inutilement leur trajectoire dans les services. En effet, ne disposant pas des bonnes informations ou ne disposant pas de toute l'information nécessaire, les professionnels sont susceptibles d'orienter les hommes vers des services qui ne sont pas appropriés à leur situation (Roy et Tremblay, 2009; Smith, Braunack-Mayer et Witter, 2006).

Comme l'environnement médical est associé au féminin (Courtenay 2009; Dupéré *et al.*, 2016), une approche adaptée aux hommes dans leurs milieux semble faire tomber plusieurs barrières (Roy et Tremblay, 2009). L'utilisation d'un langage et d'activités qui sont « autorisés » par la socialisation masculine, même si ces méthodes ne concordent pas avec celles des institutions en place, est bénéfique et permet un traitement impliquant un minimum de marginalisation des hommes (Roy et Tremblay, 2009). De plus, une fois bien intégrés dans les milieux occupés par ces derniers et acceptés par ceux-ci, les intervenants peuvent aider les hommes à questionner la masculinité et ses implications au niveau de leur santé (Addhis et Cohan, 2005). Cette pratique ouvre la porte à une multitude d'interventions de nature

préventive nécessaires à l'amélioration des liens existant entre les hommes et les services de santé et les services sociaux (Addhis et Mahalik, 2003).

Les hommes à faible revenu interrogés par Dupéré *et al.* (2016) ont identifié que le professionnalisme, le climat de confiance, la confidentialité et l'absence de jugement étaient particulièrement importants pour eux. Ces constats correspondent d'ailleurs à l'opposé des barrières indiquées par les hommes en situation de pauvreté interrogés par Dupéré, O'Neil et De Koninck (2012). Leur étude démontre aussi que se sentir écoutés et pris au sérieux est aussi important pour les hommes à faible revenu que pour ceux qui ont une meilleure situation socio-économique, cette préoccupation se hissant au premier rang dans les deux groupes. Tremblay (2016) ajoute que les hommes cherchent « un caractère humain, plus personnalisé et ils souhaiteraient que les interventions soient davantage axées sur l'action et les solutions ». Il est donc juste de dire que l'attitude du personnel soignant et l'accueil offert aux hommes sont aussi importants que les soins prodigués. Les professionnels intervenant auprès des hommes doivent en être conscients et se questionner sur les pratiques qui permettront d'améliorer la qualité des soins pour les hommes (Dupéré *et al.*, 2012).

2.7 SERVICES DE SANTÉ, SERVICES SOCIAUX ET ITINÉRANCE

Au Canada, il est estimé que le coût annuel de l'itinérance est d'environ 7,05 milliards de dollars. Ce montant inclut les coûts des hébergements d'urgence, les services de santé, les services sociaux, mais aussi les services correctionnels. (Homeless Hub 2013) Toujours selon le Homeless Hub (2013), ces coûts sont aussi élevés puisque les services ne sont pas adaptés à la réalité des hommes itinérants. L'organisme pointe surtout les « systèmes d'urgence non-coordonnés et de plus en plus onéreux ».

La réponse actuellement offerte aux problématiques liées à l'itinérance par les différents services de santé et services sociaux se différencie de la réponse offerte à la population générale de plusieurs façons. Dans les établissements publics, les

programmes sont rarement mis sur pied en s'adressant directement aux hommes itinérants. Bien que la problématique soit reconnue, elle n'obtient pas de moyens spécifiques, poussant les hommes itinérants à demander des services dans différents programmes spécialisés qui traitent chacun qu'une partie de leur problématique. Ils ont donc recours à des services généraux, des programmes de santé physique ou mentale, de traitement des dépendances, de santé publique, ou encore ils accèdent à des services qui s'adressent à des jeunes en difficulté ou à des personnes âgées (Paquette *et al.*, 2008).

Bien qu'il soit reconnu, le problème de l'itinérance semble donc laissé au second plan lors de l'élaboration et de l'organisation des services sociaux et de santé. Selon Adams (2017), les professionnels des différents services ont tendance à restreindre la problématique aux soins de leur établissement ou de leur département, créant ainsi une vision incomplète de la situation et offrant des soins qui ne tiennent pas compte de la globalité de la situation. Toujours selon Adams, cela a pour effet de créer des « trous de services » (*gaps*). Ces professionnels sont en grande partie conscients de l'imperfection du système au sein duquel ils évoluent, mais chacun estime que les problèmes proviennent des autres départements.

Cette situation est aggravée par une organisation des services fragmentée et dispersée, services qui, dans maintes situations, sont peu ou pas adaptés à la population itinérante. Ces particularités font en sorte que l'utilisation de services et le cheminement à travers le système ne sont pas une chose facile pour les itinérants. Cette situation contribue à maintenir et à aggraver le problème de l'itinérance (Trépanier, 2007). (Turchetto, 2012 : 13)

Le milieu communautaire semble aborder l'itinérance plus directement et apporter une réponse plus spécifique aux situations qui en découlent en offrant des services essentiels tels que le logement, la nourriture et l'accès à des installations sanitaires (Paquette *et al.*, 2008; Trépanier 2007).

La majorité des professionnels questionnés par Moore, Manias et Gerdztz (2011) affirment d'ailleurs qu'ils reconnaissent que les problèmes rencontrés par les personnes

itinérantes sont souvent perçus comme des cas complexes, entre autres, en raison de la nécessité de naviguer entre plusieurs services différents afin d'obtenir des résultats positifs. Toujours selon ces auteurs, les traitements sont encore plus compliqués pour les différents départements puisqu'il est souvent nécessaire de satisfaire les besoins de base avant de penser offrir des traitements médicaux complexes, ce que les professionnels de ces services ne sont pas toujours habilités à faire. C'est d'ailleurs en raison de cette non-satisfaction des besoins de base et de l'absence fréquente de service après la sortie de l'hôpital que plusieurs personnes itinérantes y retournent par la suite avec une situation encore plus grave que lors de la visite initiale (Greyson *et al.*, 2012).

Finalement, tel que mentionné autant par les professionnels que par les itinérants interrogés par Moore, Manias et Gerdtz, (2011), traiter les personnes sans-abri avec respect semble une nécessité pour un cheminement positif. En effet, le manque de respect constitue un frein important à l'obtention des services, créant une barrière aux services en cours et créant une réticence à consulter de nouveau (Nickash et Marnocha, 2009 ; Moller, 2002). La présence de préjugés de la part des prestataires de services ressort d'ailleurs comme l'une des plus fortes barrières selon plusieurs autres chercheurs (Dupéré, O'Neill et De Koninck, 2014; Nickash et Marnocha, 2009 ; Moller, 2002 ; Wen, Hudak et Hwang, 2007). Hurtubise et Rose (2013) capitalisaient sur l'importance d'« identifier et tabler sur les forces des personnes [et] reconnaître leur expérience de vie et leur trajectoire dans ses dimensions positives, y compris leur expérience de vie à la rue » (p42). Faire ressortir ces forces, selon ces auteurs, permet d'initier un partage et d'augmenter l'estime de soi et le sentiment de compétence des personnes itinérantes, les engageant davantage dans les traitements.

CHAPITRE 3

CADRE THÉORIQUE

Dans les sections subséquentes, les termes les plus souvent utilisés sont tout d’abord définis afin de fournir une compréhension claire de leurs significations et de maintenir la cohérence au cours de l’étude. Dans un deuxième temps, sont exposées les approches bioécologique et structurelle qui permettent de mettre en lumière les principaux éléments qui affectent le lien existant entre les hommes sans-abri et les services de santé et les services sociaux en portant une attention particulière aux rapports d’oppression.

3.1 DÉFINITIONS DES TERMES CLES DE LA RECHERCHE

Le terme *itinérant* sera utilisé au sens de la définition de Justo (2008), cité dans Turchetto (2012), tel que vu plus tôt : « l’itinérant est la personne sans-abri, l’habitant de la rue, qui a perdu des attributs sociaux, comme la famille et l’emploi et qui tire son existence de la rue » (p. 21). En y ajoutant les spécifications apportées par Bonin et ses collègues (2005) quant à l’existence de l’itinérance chronique et de l’itinérance transitoire. Nous garderons aussi en tête les spécifications du CHRN (2012).

[Une personne itinérante] n’a pas de logement stable, permanent et adéquat, ou qui n’a pas de possibilité ou la capacité immédiate de s’en procurer un [et que cet état] est le résultat d’obstacles systémiques et sociétaux, d’un manque de logements abordables et adéquats, et/ou de défis financiers, mentaux, cognitifs, de comportement ou physiques qu’éprouvent l’individu ou la famille, et de racisme et de discrimination.
(CHRN, 2012 : 1)

Ces définitions ont été choisies pour leur globalité. Elles l’ont été également parce qu’elles reflètent bien l’aspect multidimensionnel de l’itinérance, incluant

évidemment l'absence de logement stable, mais aussi la notion de marginalité et les différents profils existants tels que ceux liés à des circonstances de vie spécifiques (cas d'itinérance transitoire) et d'autres liés à des conditions de nature plus persistante (cas d'itinérance chronique).

Les services de santé et services sociaux incluront dans le cadre de la recherche tous les services accessibles aux personnes itinérantes, autant au niveau communautaire qu'au niveau du réseau de la santé et des services sociaux. Au niveau communautaire, ces services comprendront les services de travail de rue et de milieu, les centres de jour, les services d'accompagnement, etc. Certains services seront exclus, il s'agira des services n'ayant aucune visée thérapeutique, comme les soupes populaires et les services de loisirs. Au niveau du réseau de la santé et des services sociaux, tous les services seront considérés, que l'itinérance fasse partie de leur mission première ou non. Certains services privés seront également pris en compte s'ils se retrouvent dans le discours des intervenants interrogés, comme les pharmacies, les optométristes et les dentistes. Ces derniers seront traités spécifiquement dans les résultats.

Dans la présente recherche, la *relation* dont il est question entre les hommes itinérants et les services de santé et les services sociaux inclura les différents échanges entre ces derniers de même que les contenus de ceux-ci. Les échanges lors de la demande initiale d'aide ainsi que ceux qui s'effectueront au cours des suivis constitueront donc l'essence de ce lien. Ce dernier sera analysé à partir des facteurs facilitants ainsi que des obstacles à la demande et à l'obtention de soins comme ceux décrits par Dupéré et ses collègues (2012), Martins (2008) et Nickash et Marnocha (2009), facteurs qui touchent les notions d'empathie, de compassion ou de respect, le jugement et le fait de se sentir victime de stéréotypes, ou traité avec décence.

La présente recherche explorera cette relation en ajoutant à la notion de l'itinérance telle que définie ci-dessus, celles liées aux *masculinités*. Dans la continuité du travail de Dupéré et ses collègues (2012) qui étudiaient les raisons poussant les hommes en situation de pauvreté à ne pas consulter pour leurs problèmes de santé, aux enjeux propres à la situation d'itinérance seront juxtaposés ceux qui concernent la santé chez les hommes. L'analyse du lien avec les services sera approfondie puisque la recherche de Dupéré et ses collaborateurs s'intéressaient uniquement à la demande de soins. Le guide d'entretien de la présente recherche sera donc construit de manière à faire ressortir un double enjeu. Le premier est relié au processus de la socialisation masculine tel que décrit par Connell (1995). Il inclut, entre autres, la concordance des comportements avec la norme masculine, les rapports de pouvoirs et de subordinations entre les hommes en plus de la marginalisation, conséquence de la déviance face à la norme. L'autre enjeu provient de la situation d'itinérance telle qu'exposer par Dupéré et ses collègues (2012) et les obstacles organisationnels, géographiques et financiers à l'accès aux soins qui en découlent. Avec les intervenants interrogés, nous verrons à explorer comment ces facteurs interagissent les uns par rapport aux autres, voire s'ils créent une synergie positive ou négative qui influence le lien existant avec les services de santé et de services sociaux. Une attention particulière sera également portée aux enjeux potentiellement contradictoires de ces deux réalités. Dans une telle perspective, nous explorerons cette contradiction en observant comment les comportements masculins, ceux liés à la santé et les contraintes de l'itinérance interagissent dans ces situations précises.

3.2 LES APPROCHES BIOÉCOLOGIQUE ET STRUCTURELLE

Les différents thèmes qui viennent d'être définis s'inscriront pour cette recherche au croisement des approches bioécologique et structurelle. Il s'agit ici d'un choix logique puisque l'objectif du présent travail n'est pas d'individualiser la problématique ou de la réduire à la réalité matérielle et physique de l'itinérance et de la pauvreté. Nous désirons plutôt observer une dynamique existante entre des personnes vivant en

situation d'itinérance, et donc de marginalité, et des structures de services. Les approches structurelle et bioécologiques nous permettront de mieux comprendre les enjeux liés au croisement des différents déterminants sociaux (le niveau socioéconomique [itinérance], le genre [masculinités] et les services sociaux et de santé [offerts par les intervenants]) qui se déroulent en trame de fond lors des relations entre les hommes sans-abri et les services de santé et les services sociaux.

3.2.1 APPROCHE BIOÉCOLOGIQUE DE BRONFENBRENNER (1979, 1992)

Développée dans les années 70 sous le nom de « modèle écologique », cette approche prend rapidement une place importante dans la recherche en travail social en raison de sa grande polyvalence. Selon cette approche, les comportements humains sont régis par les interactions existantes entre les individus et leur environnement (Tarabulsky, Provost, Drapeau et Rochette, 2008). Le modèle repose sur quatre éléments clés, soit le processus, la personne, le contexte et le temps. Il tient donc compte de l'environnement dans lequel évoluent les individus et la manière dont celui-ci influence leur parcours, mais aussi de leurs caractéristiques personnelles, de leurs expériences ainsi que des influences liées à la période qui est observée.

Bien qu'au départ, Bronfenbrenner (1979) identifiait quatre sous-systèmes principaux (le microsystème, le mésosystème, l'exosystème et le macrosystème) qui composaient l'environnement avec lequel l'individu interagit, deux autres composantes importantes se sont ajoutées ensuite : l'ontosystème, qui regroupe les composantes biopsychosociales de l'individu et le chronosystème qui lui fait allusion aux composantes temporelles (Bronfenbrenner, 1992). Chacun de ces sous-systèmes ont une influence sur les comportements de l'individu, en plus d'être en constante interaction les uns avec les autres (Ceci et Hembrooke, 1995; Drapeau, 2008).

Dans un premier temps, l'ontosystème comporte les caractéristiques personnelles de l'individu, acquises et innées (Bronfenbrenner, 1992; Turcotte et Deslauriers, 2011). Dans le présent mémoire, l'ontosystème désigne évidemment les caractéristiques des hommes sans-abri, incluant entre autres leurs forces et leurs qualités, leurs expériences antérieures, leurs croyances face à la société ainsi que face aux services sociaux et aux services de santé, leur état de santé physique et mentale, etc.

En second lieu, le microsystème inclut les endroits les plus régulièrement fréquentés par l'individu (Drapeau, 2008). Dans le cas des hommes en situation d'itinérance, nous parlons donc des refuges, des soupes populaires et des autres organismes qu'ils fréquentent. Dépendamment des situations, le microsystème pourrait compter des milieux comme le département de santé mentale d'un hôpital pour un homme qui s'y retrouve de manière régulière ou l'appartement d'une connaissance qui l'héberge fréquemment.

Ensuite, le mésosystème constitue un espace où se déroulent les différentes transactions entre les microsystèmes (Bronfenbrenner, 1979). Pour la présente recherche, le mésosystème comporte les interactions existantes entre les professionnels des différentes ressources fréquentées par les hommes en situation d'itinérance ainsi que celles qui se produisent entre les usagers de celles-ci. L'analyse de ces interactions au travers du discours des intervenants des ressources d'hébergement permettra de mieux comprendre le contexte de vie des hommes sans-abri.

L'exosystème est composé des lieux que l'individu ne fréquente pas directement, mais qui ont une influence sur son comportement. Il s'agit du gouvernement, des lois et des différents milieux extérieurs qui peuvent agir en tant que facteurs de risque ou de protection (Drapeau, 2008). Par exemple, les politiques fédérales peuvent faciliter ou complexifier l'accès à certains services pour les hommes sans-abri, ou une

orientation prise par la direction de la police locale peut avoir une influence sur les échanges de ces hommes avec les policiers qu'ils rencontrent.

Le macrosystème fait quant à lui référence aux normes sociétales ainsi qu'aux valeurs, coutumes et croyances ambiantes (Bronfenbrenner, 1979). Ces facteurs reflètent la manière de penser des groupes dominants de la société et applique une certaine pression à s'y conformer sur les individus. Il influence fortement la vie des hommes en situation d'itinérance puisque c'est sur ces valeurs, coutumes, etc. que se fondent les jugements dirigés à l'endroit de ces hommes. Ces mêmes normes, croyances, coutumes et valeurs ont également de fortes chances de teinter les interactions des professionnels des services de santé et des services sociaux qui observent que les hommes en situation d'itinérance ne répondent pas auxdites normes.

Finalement, le chronosystème comporte les considérations temporelles relatives à l'individu (Bronfenbrenner, 1992). Cela implique donc les différents événements qui se produisent dans la vie d'un individu au moment où l'on observe sa situation. Pour les hommes en situation d'itinérance, cela peut faire référence à la durée de l'épisode d'itinérance en cours ou encore au moment de la dernière consommation pour quelqu'un vivant avec une dépendance ou un trouble lié à l'usage de substances illicites.

Cette approche, décrivant la société comme une entité composée de plusieurs sous-systèmes en mouvement, possédant ses propres codes et ses fonctionnements établis semble particulièrement appropriée pour la présente recherche en raison de l'importance qu'elle accorde aux relations existantes entre l'individu et les différents systèmes. L'approche bioécologique permettra d'effectuer une analyse complète, en considérant l'organisation desdits systèmes, des personnes qui les composent ainsi que des interactions qui y ont lieu. Cette analyse se fera sur la trame de fond structurelle

qui nous permettra de mieux comprendre les enjeux d'oppression existants entre les hommes sans-abri, en situation de marginalisation et les personnes qui font partie des classes dominantes de la société qui font partie, tel que mentionné plus haut, du macrosystème. La section qui suit traite de ces inégalités de classes et de leurs implications dans la présente recherche.

3.2.2 L'APPROCHE STRUCTURELLE MARXISTE

L'approche structurelle trouve ses racines dans les travaux de Karl Marx (1818-1883) et de Max Weber (1864-1920). Le premier a émis l'hypothèse que les inégalités sociales proviennent des conflits entre les classes sociales et que les détenteurs du capital l'utilisaient pour opprimer les classes inférieures. Le second y ajoute l'enjeu du statut social et de l'appartenance à un ou des groupes organisés comme un facteur d'inégalité. Finalement, l'économiste anglais John Maynard Keynes (1883-1946) précise encore les enjeux entourant les inégalités sociales en précisant que le rôle de l'État doit être de réguler l'économie, répartir la richesse et assurer la protection sociale, ce qui est possible par le biais des politiques et par la mise en place et le maintien d'institutions. Avec cette perspective, il est possible de se pencher sur les causes de la pauvreté ainsi que sur les facteurs qui contribuent à la maintenir d'un point de vue social et organisationnel.

L'ensemble de ces travaux positionne donc la pauvreté comme étant avant tout le résultat des disparités entre les classes sociales, mais aussi de la marginalisation, donc de l'exclusion de ce que Weber identifie comme les groupes sociaux organisés et l'incapacité d'obtenir un statut social élevé, évalué sur la base des normes sociales de réussite personnelle. Il nous semble donc approprié d'utiliser l'approche structurelle pour observer la relation qu'entretiennent les hommes sans-abri, qui évoluent dans une société de laquelle ils vivent en marge, avec les services de santé et des services sociaux qui découlent directement des politiques et des institutions qui devraient avoir comme objectif d'assurer leur protection sociale au sens du keynésianisme. D'ailleurs, les

propos de Justo (2008) rapportés plus haut démontrent bien la position marginale des personnes itinérantes comme ayant généralement perdues leurs « attributs sociaux », entre autres, la famille et l'emploi, deux éléments qui influencent le statut social des hommes et qui sont considérés comme des indices de réussite dans plusieurs représentations de la masculinité (Turchetto 2012). Ces concepts permettent de mettre en relation les différents éléments et facteurs présents dans les relations à l'étude, notamment, la marginalisation des hommes sans-abris, l'écart de classes au sens marxiste entre ces hommes et les prestataires de soins ainsi que la mission des organisations de santé et de services au sens du keynésianisme.

Dans la perspective structurelle marxiste, au Québec, les services sociaux ont longtemps été perçus comme des structures qui représentent « un prolongement de l'état au service de la classe dominante » (Vaillancourt 1993 : 3 cité dans Mayer, Ouelette, St-Jacques, Turcotte *et coll.* 2000 : 18). Il est important de tenir compte de cette vision lorsqu'il est question de comprendre le lien existant entre les hommes sans-abri et les services de santé et les services sociaux. Les services publics sont organisés par et pour la classe dominante à laquelle les hommes en situation d'itinérance n'appartiennent pas, puisqu'ils sont relayés à une classe inférieure et marginalisée. Dans ce contexte, la compréhension des liens passera, entre autres, par l'analyse des différentes incompatibilités existante des services conçu pour une classe sociale dominante, mais utilisé par les membres d'une autre classe sociale. Si les services sont organisés par la classe dominante, l'offre de services est à la fois publique et communautaire. Dans ce dernier cas, les relations de pouvoir entre les demandeurs de soin et les fournisseurs de services sont plus égalitaires. Aussi, les services offerts par les organismes communautaires sont potentiellement moins entachés par les conflits de classes.

L'approche structurelle nous permet aussi d'observer les masculinités, telles que décrites plus haut, sous un angle similaire à celui des classes sociales. Les

masculinités, comme les classes sociales, sont organisées selon une certaine « hiérarchie » (Connell, 1995). L’auteure qui s’intéresse davantage à l’expression de la masculinité plutôt qu’au « rôle masculin » présente une typologie des masculinités déclinée sous quatre formes. **La masculinité hégémonique** se situe au sommet de la hiérarchie des masculinités, elle dicte les façons de faire et de penser dominantes. Cela implique, selon Trujillo (2000) l’expression et le contrôle du pouvoir et de la force physique, la réussite professionnelle, la hiérarchie familiale, le désir de conquête (qui se résume à un désir de performance généralisé) ainsi que l’hétérosexualité. Bizot (2011) mentionne que la masculinité hégémonique telle que formulée par Connell (1995): « suggère que la masculinité hégémonique se caractérise par la liberté financière et corporelle et elle se concrétise symboliquement par l’entremise de l’homme hétérosexuel, blanc, de classe moyenne et supérieure. En pratique donc, la majorité des hommes sont tenus à l’écart. » (p. 44) Si la majorité des hommes en sont écartés, il est facile d’imaginer le niveau d’inaccessibilité auquel font face les hommes en situation d’itinérance. L’existence de ce groupe dominant implique la présence d’autres groupes, dominés. **La masculinité complice**, sans répondre à tous les critères de la masculinité hégémonique, renforce plusieurs éléments qui y sont conformes et contribuent de la sorte à son maintien. **Les masculinités marginalisées**, invisibles dans l’espace public, regroupent les hommes d’origine ethnique, socioéconomique ou religieuse qui sont minoritaires dans la société. **Les masculinités subordonnées** sont celles qui ne concordent pas avec les éléments principaux de la masculinité hégémonique, par exemple les hommes homosexuels ou qui présentent des traits féminins. Ces hommes sont généralement exclus et dénigrés par ceux qui adhèrent aux masculinités hégémonique et complice.

Il sera donc possible à ce niveau également de mettre en relation les enjeux liés aux masculinités marginalisées telles que conceptualisées par Connell (1995) et les attentes liées à la norme masculine dominante dans la communauté où ils évoluent et dans les différents services de santé et les services sociaux qu’ils sont amenés à fréquenter. Les relations entre les hommes sans-abri et les services seront évidemment

teintées des enjeux de domination liés à la masculinité hégémonique et à l'impossibilité pour ces hommes de répondre à certaines caractéristiques majeures de celle-ci.

L'approche structurelle pour comprendre les masculinités comporte cependant des limites. Entre autres, l'utilisation du modèle de la masculinité hégémonique tend, selon Dulac (2001), à généraliser de manière excessive et à dépeindre les hommes comme un groupe social immoral. Le même auteur soulignait également que dans le portrait de la masculinité hégémonique, l'accent est généralement mis sur les aspects négatifs du modèle. Les caractéristiques positives comme celle liées à la paternité ou au pourvoyeur sont moins abordées. Une attention particulière à l'inclusion de ces enjeux plus positifs teintera donc ce mémoire. Dans le même ordre d'idée, nous appliquerons les recommandations de Connell et Messerschmidt, (2015) et tiendrons compte de la complexité inhérente au genre et à la hiérarchisation des masculinités. Comme le spécifient ces auteurs : « il faut désormais reconnaître explicitement le caractère multiple et les possibles contradictions internes de toute pratique participant à la construction des masculinités » (p.182). Ces facteurs ont un impact important sur la manière dont sont interprétés les différents comportements liés à l'expression et à la démonstration de la masculinité dans le présent mémoire.

Dans le contexte du travail social, l'approche structurelle présente, malgré certaines limites abordées précédemment, de grandes forces. Cette approche se veut « globale et critique [et] tient compte à la fois de la dynamique psychosociale et du contexte familial, socio-économique, culturel et politique dans lequel évoluent les personnes » (Levesque & Panet-Raymond, 1994 : 26) elle permet, selon ces auteurs, de mettre en perspective plusieurs dimensions, procurant une meilleure compréhension des phénomènes. Compréhension qui, à son tour, permet une intervention complète et polyvalente de la part des intervenants qui sont en mesure de tenir compte à la fois des idéologies véhiculées par la société ainsi que de celles portées par leur organisation

tout en maintenant un regard critique par rapport à eux-mêmes. En conclusion, nous sommes en accord avec Lapierre et Levesque lorsqu'ils affirment :

[il] n'y a aucun doute concernant la pertinence des approches structurelles dans le champ de l'intervention sociale. Plus encore, nous estimons qu'il est nécessaire pour les intervenantes sociales de reconnaître que les situations individuelles sont intimement reliées aux structures politiques, sociales et économiques et que la réalisation de changements significatifs dans les situations auxquelles les individus sont confrontés exige des changements dans ces mêmes structures. (2013, p. 60)

CHAPITRE 4

MÉTHODOLOGIE

Dans le but d'explorer les liens qu'entretiennent les hommes itinérants avec le réseau de santé et de services sociaux, nous présentons tout d'abord l'approche privilégiée dans la recherche. Nous expliquons en quoi le choix de la recherche interprétative descriptive est pertinent afin de dépeindre le phénomène à l'étude. Ensuite, nous présentons les sources d'information, les techniques et les instruments sélectionnés pour exécuter l'action. Il est donc question du terrain de la recherche, de la population à l'étude, de la stratégie de recrutement des sujets participants, des outils de recherche utilisés, de la technique d'analyse des données qualitatives retenue et des considérations éthiques relatives à la présente recherche. La section se conclut avec la présentation des niveaux de pertinence scientifique et sociale de l'étude.

4.1 APPROCHE PRIVILÉGIÉE

Une approche qualitative a été utilisée dans le but d'explorer les perceptions que les intervenants ont des hommes itinérants. La méthode qualitative permet de traiter des données qui sont difficilement quantifiables (Turcotte 2000). En opposition à la méthode quantitative, une approche qualitative permet d'obtenir de l'information sous forme de description des expériences de vie (Turcotte, 2000). Les personnes consultées dans le cadre de cette recherche ont donc pu décrire librement leur expérience, leurs impressions et leurs observations afin de nous fournir toute l'information nécessaire à une compréhension optimale de la perception qu'ils ont des liens existants entre les hommes sans-abri et les services de santé et les services sociaux. En effet, cette approche a rendu possible, grâce à l'opportunité pour les gens de s'exprimer comme ils le désiraient, de faire part non pas d'informations neutres, mais bien de leurs perceptions (Mayer et Deslauriers, 2000). Les informations obtenues nous ont permis de mieux comprendre la nature des interactions entre les personnes sans-abri et les

services de santé et les services sociaux tels que perçus par les intervenants des centres d'hébergement provisoires visés. Aussi, la méthode de recherche qualitative retenue pour réaliser l'étude se veut exploratoire, descriptive et interprétative. Nos principales sources d'information ont donc été les intervenants qui nous ont fait part de leurs observations, de leurs expériences et de leurs interprétations du phénomène à l'étude. Par conséquent, les données obtenues sont de nature subjective. Or, dans la mesure où l'intérêt de cette recherche n'est pas d'obtenir des données quantifiables quant aux services offerts aux personnes itinérantes, mais la perception qu'ont les intervenants des ressources d'hébergement du lien existant entre les hommes auprès de qui ils interviennent et ce type de services, l'approche qualitative était donc appropriée.

La méthode interprétative descriptive nous semble particulièrement adaptée à la situation puisque selon Thorne (2008), la recherche interprétative descriptive se concentre sur l'exploration et la découverte de la signification d'un phénomène selon le point de vue du participant. Cependant, nous considérons qu'il est important de tenir compte que les intervenants des centres d'hébergement provisoires soient impliqués dans une relation avec les hommes itinérants qui pourraient être différente de celle qu'entretiennent avec eux, par exemple, les intervenants des services en santé mentale ou en toxicomanie. Le guide d'entrevue semi-dirigé a donc été construit de manière à explorer chacune de ses relations pour les définir le mieux possible et faire ressortir les similitudes et les différences qui peuvent exister entre les relations que ces hommes entretiennent avec des services spécifiques à l'itinérance et celles qu'ils entretiennent avec les services dits « grand public » qu'ils fréquentent.

L'approche interprétative descriptive s'avère particulièrement appropriée lorsque l'état des connaissances sur ledit phénomène est limité, ce qui nuit à la profondeur de la compréhension de celui-ci (Thorne 2008). Dans le cas présent, il est indéniable que les intervenants des centres d'hébergement provisoire visés par la présente recherche répondent au critère d'expertise énoncé par Thorne (2008). Pratiquement, dans les maisons d'hébergement où ils travaillent, ils bénéficient d'un

accès privilégié aux hommes en situation d'itinérance puisqu'ils interagissent quotidiennement avec eux dans ce qui devient, même temporairement, leur milieu de vie. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle ces intervenants ont été choisis à l'instar d'autres professionnels travaillant dans des cliniques, des hôpitaux ou des CLSC notamment. Ils constituent un échantillon adéquat, puisqu'ils ont l'opportunité de voir au quotidien l'évolution des hommes qui fréquentent ce type de ressource (Larivière et Corbière, 2014). Dans cette mesure, ils bénéficient potentiellement d'un portrait plus complet de la réalité de ces personnes sans-abri, comparativement aux autres professionnels qui rencontrent celles-ci de manière plus ponctuelle, et dans des circonstances particulières rattachées à l'offre de soins. Les propos des intervenants questionnés ont donc permis l'élaboration d'une description plus complète et contextualisée du phénomène (relation entre les hommes et les services) que si nous avions interrogé des intervenants travaillant dans des cliniques, des hôpitaux ou des CLSC.

Tel que mentionné, l'approche descriptive interprétative s'intéresse à la signification des phénomènes. Aussi, comme le suggèrent Larivière et Corbière (2014), l'accent a été mis, lors des entrevues semi-dirigées avec les intervenants, sur leurs perceptions des réactions, pensées, sentiments et actions des hommes itinérants en regard de la relation de ceux-ci avec les services de santé et les services sociaux. Les raisons qui poussent à l'utilisation des services, ou au contraire, ont également été explorées de même que les facteurs qui améliorent et détériorent la relation que ces mêmes hommes entretiennent avec les services mentionnés. Ces orientations ont permis de faire ressortir selon le point de vue interprétatif des intervenants des centres d'hébergement provisoires les types de besoins ressentis par les hommes itinérants dans leur relation avec les services de santé et les services sociaux. Elles ont également contribué à explorer le contexte dans lequel ces besoins existent, c'est-à-dire les différents paramètres en place et les circonstances entourant la situation des personnes manifestant ces besoins. Finalement, elles ont permis de mieux voir les besoins qui sont comblés et ceux qui restent sans réponse (Larivière et Corbière, 2014).

La recherche interprétative descriptive répondait donc à notre désir de dépeindre de manière humaine la relation (considérée ici comme un phénomène) entre les hommes itinérants et les services de santé et les services sociaux.

Le travail interprétatif comprend cependant un lot de biais potentiels qui pourrait limiter la validité de cette recherche. Nous en sommes très conscients et estimons avoir utilisé tous les moyens à notre disposition pour assurer la validité et la pertinence du présent mémoire. Les mesures de limitation des biais retenues incluent la prise en compte du positionnement particulier de l'étudiant-chercheur, entre autres, par la tenue d'un journal réflexif, la rédaction de notes méthodologiques et des discussions avec la direction de la maîtrise. Dans un premier temps, il apparaît important d'établir clairement la position de l'étudiant-chercheur par rapport à la problématique. Ce dernier s'est intéressé à l'itinérance tout au long de ses études de deuxième cycle, il a déjà fait des travaux académiques qui lui ont permis d'explorer la problématique sous différents angles. Il faut également mentionner qu'il a occupé le poste de coordonnateur clinique de la Maison d'accueil pour sans-abri de Chicoutimi pendant près de deux ans. Au regard de ces informations, lors des entrevues, l'étudiant-chercheur a porté attention à ne pas induire de réponses, à laisser les intervenants conduire leur propre réflexion et tirer leurs propres conclusions. Lors des entrevues qui ont eu lieu à Saguenay, des précautions encore plus spécifiques quant à la neutralité ont été prises (choix du vocabulaire, attention particulière à ne pas inférer d'idées dans les entretiens, etc.) étant donné que certains des intervenants interviewés avaient travaillé avec l'étudiant-chercheur dans le passé.

4.2 TERRAIN DE LA RECHERCHE

Pour cette recherche, les territoires qui ont été ciblés au Québec font partie des six (6) villes en importance après les métropoles de Montréal et de Québec sur la liste des villes recensées par le Gouvernement du Québec (2016) qui comptent plus de 15 000 habitants. Sont exclues les villes qui font partie de la région métropolitaine

d'une ville plus importante comme Laval et Gatineau. Les agglomérations retenues comptent entre 95 000 et 165 000 habitants. En lisant sur la problématique de l'itinérance, il a été possible de constater que les articles et ouvrages consultés dans la recension des écrits portent généralement sur des grandes villes et il semble pertinent de faire un portrait du phénomène et des problématiques liées à l'itinérance dans les villes de taille moyenne qui pourra par la suite servir d'outil de comparaison. En se fiant à l'Institut de la statistique du Québec (2015), six municipalités ont pu être identifiées (Tableau 1).

Tableau 1 : Villes de taille moyenne de la province du Québec.

| Villes | Population (2015) | Région administrative |
|--------------------------|--------------------------|------------------------------|
| Sherbrooke | 164 666 | 05 |
| Saguenay | 145 745 | 02 |
| Lévis | 144 040 | 12 |
| Trois-Rivières | 134 971 | 04 |
| Terrebonne | 112 214 | 14 |
| Saint-Jean-sur-Richelieu | 95 227 | 16 |

Nous avons fait le choix d'éliminer les villes de Terrebonne et de Lévis jugeant qu'elles faisaient partie de l'écosystème de villes beaucoup plus importantes, en l'occurrence Laval et Québec. Les villes retenues sont donc : Sherbrooke, Saguenay et Trois-Rivières en raison de la présence d'un centre d'hébergement provisoire pour hommes sans-abri sur chacun de ces territoires. La ville de Saint-Jean-sur-Richelieu ne dispose pas d'un tel centre, selon les responsables du service de travail de rue local, les personnes en situation d'itinérance sont accompagnées jusqu'à un centre d'hébergement d'une ville voisine.

4.3 ÉCHANTILLON

Un échantillon de volontaires a été constitué auprès des différentes équipes de travail des centres d'hébergement provisoire pour hommes sans-abri des trois (3) villes ciblées. Les répondants étaient tous majeurs et œuvraient au sein de l'organisme à

temps plein et de manière régulière depuis au moins deux ans. Tous les répondants étaient salariés dans les organismes, à titre d'intervenant professionnel ou en tant que coordonnateur ou directeur impliqué dans le suivi des résidents, de manière à s'assurer qu'ils aient une expérience significative dans le domaine. Les répondants étaient tous à l'aise de s'exprimer en français et ont accepté de partager leur expérience de travail dans le cadre d'une entrevue semi-dirigée.

4.4 RECRUTEMENT

Dans un premier temps, nous avons communiqué par téléphone avec les directions (ou les coordinations dépendamment de la structure de l'organisme) de chacun des centres d'hébergement provisoire pour hommes sans-abri afin de recruter quatre (4) intervenants par organisme, de manière à atteindre un échantillon de 12 répondants. Finalement, dans un des trois centres, seulement deux personnes se sont portées volontaires, portant l'échantillon final à 10 répondants. Une présentation du projet a été faite au téléphone, incluant les buts de la recherche, la durée prévue d'une entrevue ainsi que les implications pour l'intervenant et l'organisme (risques et bénéfices). Ensuite, la collaboration des directions a été sollicitée afin que celles-ci présentent le projet aux membres de leurs équipes. Les employés avaient par la suite à leur disposition les coordonnées de l'étudiant-chercheur afin qu'ils puissent communiquer avec ce dernier pour manifester leur intérêt à participer à la recherche. Certains employés ont eux-mêmes choisi de mentionner leur intérêt à leur direction qui nous ont transmis leurs informations. Les participants ont été contactés individuellement par l'étudiant-chercheur afin de convenir d'un rendez-vous. Les directions (ou coordinations) et les participants ont été informés du caractère confidentiel et sécuritaire de la recherche, et ce, autant pour les intervenants que pour les usagers.

4.5 COLLECTE DE DONNÉES

Les données recueillies dans la présente recherche proviennent de l'interprétation que font les intervenants de la relation qu'entretiennent les hommes itinérants avec eux et avec les autres services sociaux ainsi qu'avec les services de santé. Pour ce faire, nous avons procédé à des entretiens semi-dirigés d'une durée de 60 minutes, une copie des questions des entrevues figure en Annexe 1. Afin d'accomplir cette tâche adéquatement, nous avons, comme Paillé (1991) le spécifie, fait plus que simplement poser les questions prévues dans le guide d'entretien. Dans un rôle de facilitateur qui accompagne la personne dans l'expression de ses pensées, nous sommes restés ouverts afin de déterminer quelles questions poser et quand les poser. Cette activité avait pour but de faciliter la verbalisation des expériences des personnes interviewées et le partage de leur interprétation du phénomène, et ce, conformément à ce que préconisent Larivière et Corbière (2014). Une attention a été portée pour réduire le plus possible notre influence afin de se centrer sur la personne interviewée. Nous avons donc fait preuve d'écoute active et de sensibilité. En ce qui a trait à la direction de l'entrevue (choix des sous-questions pertinentes, approfondissement des propos avancés par les intervenants, etc.) des compétences comme la capacité de synthèse et la communication efficace (Larivière et Corbière, 2014) en plus de techniques comme le reflet ont été utilisées. Les entrevues se sont tenues à un moment opportun pour la personne, en s'assurant qu'il minimisait les dérangements dans le cadre de son travail. Toutes les directions ont accepté que les entrevues aient lieu sur les heures de travail, et ce, sans aucune pénalité. Des journées ont été ciblées à l'avance avec les directions afin que les visites de l'étudiant-chercheur perturbent le moins possible les activités des ressources. Pour ce qui est du lieu, tous les coordonnateurs des centres d'hébergement provisoire sollicités ont accepté de mettre une salle à la disposition de l'étudiant-chercheur qui permettait de garantir le caractère confidentiel de celle-ci.

La première étape de l'entrevue consistait à lire avec le sujet le formulaire de consentement (FIC) et à le lui faire signer, ledit formulaire se trouve en annexe 3. Par la suite l'entretien semi-dirigé avait lieu en suivant le guide d'entrevue. Ce dernier

visait à faire ressortir un maximum d'informations concernant les thèmes visés par la recherche (Tableau 2).

Dans un troisième temps, les participants étaient invités à répondre aux questions fermées d'ordre sociodémographique, ce questionnaire est présenté en annexe 2. Ce formulaire vise à brosser un portrait des répondants en tenant compte non seulement de leur sexe et de leur âge, mais aussi de leurs expériences académiques et professionnelles. Un espace était également laissé dans le formulaire afin que les participants puissent mentionner toute information qu'ils jugent pertinente à propos de leur parcours qui ne relèverait pas simplement du nombre d'années d'ancienneté ou de la formation académique.

Tableau 2 : Thèmes et sous-thèmes du guide d'entretien

| Thèmes | Sous thèmes |
|--|---|
| Perception des hommes sans-abri | Caractéristiques générales des personnes itinérantes |
| | Leurs forces |
| | Leurs faiblesses |
| | Leur identité masculine (la façon dont elles performant le genre) |
| Perception des services fréquentée par les hommes itinérants | Niveau d'adaptation à la réalité des hommes itinérants. |
| | Propos tenus au sujet des personnes itinérantes |
| | Prise en considération par les services des caractéristiques de genre des hommes itinérants |
| Lien existant entre les hommes itinérants et les services de santé et les services sociaux | Définition du lien |
| | Facteurs influençant positivement le lien |
| | Facteurs influençant négativement le lien |
| | Influence de la masculinité des hommes itinérants sur leur relation au service |

4.6 ANALYSE DES DONNÉES

L'analyse interprétative descriptive implique une analyse continue des données tout au long du processus de recherche. Les limitations inhérentes au contexte de maîtrise impliquent cependant certains sacrifices, mais l'essence du processus a été respectée. L'analyse des données s'est faite en trois « flux concourants d'activités » tels que proposés par Miles et Huberman (2003) et Miles, Huberman et Sandaña (2014), soit :

- 1) La condensation des données ;
- 2) La présentation des données et la mise en relation des thèmes ;
- 3) L'élaboration et la vérification des conclusions.

Dans la condensation des données, nous avons examiné celles-ci pour y repérer les extraits significatifs et les avons rassemblés en catégories ou « thèmes ». Les thèmes sont de courts énoncés qui résument « l'essentiel d'un propos ou d'un document » (Paillé et Mucchielli, 2010 : 164). Ces thèmes regroupent donc les concepts présents dans le discours des intervenants concernant la relation que les hommes en situation d'itinérance entretiennent avec les services de santé et les services sociaux. Ils illustrent donc l'essence de leur interprétation du phénomène. Selon Larivière et Corbière (2014), ce processus devrait se faire en relisant les transcriptions et en écoutant les enregistrements des entrevues entre chaque interview. Comme mentionné plus haut, le contexte de la maîtrise rend difficile de réaliser cette démarche à la lettre. Nous avons donc abordé la collecte de donnée en blocs d'entrevues, chaque bloc correspondant à l'ensemble des entrevues qui se sont déroulées avec les intervenants d'une des villes ciblées. Nous avons utilisé, comme recommandé par les mêmes auteurs, la rédaction de fiches synthèses entre chaque entrevue. Étant donné les contraintes de temps et de moyens, les fiches synthèses construites à l'intérieur des blocs d'entrevues (entre les entrevues d'un même bloc) l'ont été à partir de l'écoute des enregistrements uniquement. Cela nous a permis tout de même de « (nous) imprégner des données et de développer une vision globale du point de vue des

participants » (Larivière et Corbière, 2014 : 14). Une fois un bloc d'entrevues complété, nous disposions alors du temps nécessaire pour faire l'analyse complète des transcriptions d'entrevues avant le prochain bloc. Celle-ci a été réalisée à l'aide du logiciel d'analyse qualitative NVivo 12. Ce travail nous a permis de classer les idées en thèmes qui rendent compte du sens des propos et qui reflètent avec justesse l'essence des témoignages (Larivière et Corbière, 2014). L'ensemble des thèmes nous fournit donc une explication contextualisée du phénomène tel que perçu par les intervenants des ressources ciblées.

Les deux exemples suivants illustrent la manière dont cette démarche de classement a été effectuée. Les propos d'un intervenant qui mentionne que : « [les hommes] vont projeter des images autres que ce qu'ils sont en fait, images de durs et ils vont être moins transparents avec eux autres mêmes, avoir moins de connivence. » seront classés sous le grand thème de la masculinité, mais plus précisément dans le sous-thème : « Comportement de démonstration de la masculinité par un geste ». Dans une autre entrevue, toujours en lien avec la masculinité (grand thème), le verbatim suivant « [i]ls vont avoir un parler assez salé entre eux, mais ça va changer quand ils vont entrer en relation avec leur intervenante en suivi, ou peu importe. Là ça va être... ça m'a dérangé quand il parlait de ça, moi ça m'a fait penser à ma sœur, à ma mère ou... » sera classé dans le sous-thème : « Contexte situationnel permettant de contrevenir à la norme masculine ». Ces thèmes et sous-thèmes seront ensuite organisés, au fur et à mesure qu'ils apparaissent, dans une grille d'analyse (Larivière et Corbière, 2014).

La seconde partie de la phase de condensation telle qu'imaginée par Miles *et al.* (2014), c'est-à-dire la construction d'un schéma structuré, unifié et représentatif des liens existants entre les différents thèmes a été réfléchi une première fois lors des écoutes des enregistrements pendant les blocs d'entrevues. Mais c'est entre lesdits blocs que nous avons eu le temps de les approfondir davantage. Dans le but de favoriser la continuité dans le travail et de permettre un travail réflexif continu sur la recherche

effectuée, nous avons régulièrement rédigé des mémos dans lesquels nous avons documenté nos réflexions analytiques, une méthode suggérée par Larivière et Corbière (2014). Dans ceux-ci, étaient consignées nos hypothèses sur les liens qui sont potentiellement en train d'émerger entre les différents sous-thèmes et nos réflexions sur l'orientation potentielle à donner aux entrevues à venir, par exemple l'ajout de sous-questions ou l'exploration plus approfondie d'un concept. Notamment, relativement aux facteurs qui facilitaient ou qui rendaient la relation plus difficile entre les hommes sans-abri et les prestataires de services de santé et de services sociaux, de nouvelles déclinaisons des questions en lien avec ces facteurs sont apparues au fil des entrevues afin d'aider les intervenants à réfléchir à différents aspects. Au début, nous retrouvions l'accueil, le temps pris avec les hommes, le langage adapté, etc. Puis, se sont ajoutés l'environnement dans lequel se déroulent les rencontres, la capacité des intervenants à décoder certains non-dits fréquents chez les hommes, la capacité des intervenants d'accepter une certaine dose de colère lorsque les hommes ne connaissent pas d'autres manières de s'exprimer, etc.

La seconde activité, la présentation et la mise en relation des données sont, dans l'approche descriptive interprétative, l'étape qui permet de s'élever au-dessus de la simple description. L'objectif de cette étape est d'organiser les données de manière visuellement logique et ainsi mettre en évidence les liens entre les différents thèmes (Larivière et Corbière, 2014). Dans la présente recherche, elle s'est faite de manière progressive entre les blocs d'entrevues et à évoluer simultanément avec les réflexions de l'étudiant-chercheur tout en nourrissant ces dernières. Cette étape a permis de poser un regard global sur l'ensemble des thèmes obtenus suite à la condensation des données (Larivière et Corbière, 2014). Selon ce que nous jugions le plus à propos, nous avons organisé les données sous forme de schémas, tel que proposé par Miles *et al.* (2014). Il a été nécessaire d'effectuer cet exercice entre les blocs d'entrevues plutôt que pendant ces derniers puisque, comme l'indique Larivière et Corbière (2014 : 15), « [il s'agit] d'un exercice créatif, qui doit être réalisé avec rigueur, et qui peut nécessiter plusieurs itérations avant de trouver le format qui représenterait le mieux les relations et l'interprétation juste du phénomène ». Le temps limité pendant les blocs ne permettait

pas un travail convenable. Les schémas étaient contextuels (présenter dans quelles circonstances un thème à tendance à avoir une signification particulière ou un lien spécial avec un autre thème), ou encore explicatifs (Larivière et Corbière, 2014). Ces différentes méthodes ont permis de construire un sens autour de l'ensemble des thèmes, tel que mentionné par Miles et Huberman (2003). Cela a également permis la construction progressive d'une description interprétative représentative de la compréhension qu'ont les participants du phénomène.

La troisième activité implique l'élaboration et la vérification des conclusions de la recherche. Nous avons alors fait ressortir les principaux constats qui ont été effectués lors des deux premières étapes. Ces constats sont en réalité les phénomènes qui sont revenus le plus souvent dans les notes et les mémos lors de la relecture ainsi que les liens et les phénomènes réguliers observés lors de la mise en relation des données (Larivière et Corbière, 2014). Ces conclusions ont émergé au fur et à mesure du processus de recherche et la vérification s'est faite de manière continue tout au long de ce dernier. Afin de permettre une interprétation optimale des données obtenues lors de la recherche, nous avons appliqué certaines recommandations faites par Larivière et Corbière (2014), telles que se distancer du journal réflexif et effectuer des discussions occasionnelles avec le directeur de la maîtrise ou des collègues. Ces moyens ont permis d'obtenir la meilleure compréhension possible du sens du phénomène observé. Nous avons finalement porté une attention particulière à faire des retours réguliers sur les données dites « brutes » tout au long de la recherche, afin de s'assurer de rester imprégné du sens réel des données que nous interprétons.

4.7 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Pour la présente recherche, nous avons porté une attention particulière à l'éthique. En plus d'obtenir la certification du comité d'éthique de l'Université du Québec à Chicoutimi (certificat #602.573.01), présent à l'annexe 5, les dispositions suivantes ont été prises.

Comme le consentement éclairé des participants est absolument nécessaire dans la recherche en science sociale (Mayer et Saint-Jacques, 2000), nous avons pris soin de rédiger un énoncé clair des objectifs et du processus de recherche. Cet énoncé a été présenté à tous les participants de manière à s'assurer que chaque participant comprenne bien les enjeux de la recherche. Un formulaire d'information et de consentement (FIC) à la participation a également été signé par les participants et l'intervieweur témoignant à la fois de la compréhension du participant et des engagements de l'équipe de recherche quant à la sécurité, la confidentialité et les autres enjeux éthiques. Le FIC stipulait que la présente étude vise à explorer la relation que les hommes itinérants entretiennent avec les services de santé et les services sociaux et que les données recueillies serviront à élaborer un portrait général de la situation.

La confidentialité était assurée pour les intervenants participant à la recherche. De fait, les informations publiées en lien avec l'étude (mémoire, articles, communications scientifiques) sont et seront organisées de manière à ce que les propos ne puissent être rattachés à leur auteur. Aucun nom ne sera divulgué et aucune information relatée dans les divers documents issus de la recherche ne permettra l'identification des participants.

Les noms fictifs ont été attribués aux participants des entrevues. Les correspondances entre ces pseudonymes et les noms des participants sont conservés sous clés dans un classeur dans le bureau du directeur de la maîtrise. De cette manière, nous protégeons au mieux de nos capacités les intervenants des possibles conflits avec leur employeur. Il s'agit selon nous du seul risque que pourraient encourir les intervenants en participant à la recherche. Seul l'intervieweur a accès aux enregistrements et les noms n'apparaissent sur aucun document de recherche. Tous les enregistrements ont été supprimés après transcription. Les noms des personnes interviewées, de celles qui ont été mentionnées, ou de toute autre personne qui figurerait sur l'enregistrement ont été substitués par des pseudonymes et toute information permettant d'identifier un participant ou une autre personne a été exclue

des documents de recherche. Les intervenants ont également été informés de leur droit de mettre fin à la rencontre s'ils le désirent, et ce, sans aucune conséquence, bien qu'aucune des personnes rencontrées ne se soit prévalu de ce droit. Ils étaient également informés qu'ils étaient libres de ne pas parler d'un sujet s'ils le désiraient, tout comme ils étaient encouragés à ajouter des détails qui n'étaient pas demandés explicitement s'ils le jugeaient pertinent. Les documents contenant les informations personnelles des participants ont été conservés sur une clé USB protégée par un mot de passe et verrouillée dans un classeur du bureau du directeur de maîtrise, différent de celui où les données sont conservées. Dans le cas où la destruction d'un fichier est nécessaire, la suppression se fera directement sur la clé USB, le fichier disparaît définitivement de cette manière, sans passer par la corbeille d'un ordinateur. Nous avons également fourni aux participants les informations nécessaires pour contacter une personne responsable de l'éthique de la recherche à l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC) avec qui ils auraient pu communiquer en cas d'insatisfaction. Nous estimons que la recherche a été une occasion pour les intervenants de parler librement de leur pratique et de réfléchir sur les différents enjeux liés à la santé des hommes itinérants abordés dans le cadre de la présente recherche. Si des participants ressentaient le besoin d'obtenir de l'aide de professionnels suite à leur participation à ce projet, un document contenant les coordonnées des organismes de leur territoire leur était remis avec le FIC afin de leur donner un accès rapide et facile aux ressources disponibles et adaptées à leur besoin ce document figure en annexe 4. Une fois la rédaction du mémoire terminé, les documents confidentiels seront conservés pendant sept (7) ans dans un classeur barré et ensuite, ils seront détruits. En terminant, les participants ont été informés que les faits saillants de l'étude leur seront communiqués par courrier ou courriel et qu'ils pourront, s'ils le souhaitent, recevoir une version électronique au format PDF du mémoire de maîtrise.

4.8 PERTINENCE SCIENTIFIQUE ET SOCIALE

La présente recherche vise à explorer un phénomène encore peu connu. L'acquisition de nouveaux savoirs sur un phénomène aussi complexe que la relation

liant les hommes itinérants aux services de santé et aux services sociaux ne sera évidemment pas complétée en une seule recherche, mais nous espérons que notre travail pourra y apporter une certaine contribution. Comme mentionné au début du présent document, une meilleure connaissance de ce phénomène pourrait permettre aux concepteurs de programmes et aux gestionnaires des établissements de santé et de services sociaux, autant dans le réseau que dans le communautaire, de mettre en place des espaces, des services et des techniques qui contribuent à l'élaboration d'une offre de soins plus adaptée à la clientèle masculine itinérante, et ce, même dans les services qui ne leur sont pas exclusivement ou directement dédiés. Des services mieux adaptés pourront non seulement rendre leur passage dans les services plus efficient et les encourager à revenir, assurant ainsi une utilisation plus efficace des ressources disponibles dans les différentes organisations, mais contribueront également à réduire l'isolement et la marginalisation des hommes itinérants dans notre société. Ces outils pourront viser toutes les étapes des processus qui impliquent une relation entre les professionnels et les hommes itinérants autant dans le processus d'accès ainsi que lors de l'accueil que pendant le suivi (médical ou psychosocial). Les résultats pourront également être comparés à ceux obtenus dans des villes plus grandes afin de savoir si les méthodes d'interventions efficaces dans ces dernières doivent être adaptées à la réalité des villes de tailles moyennes ou si elles peuvent être implantées telles quelles.

Cependant, la taille de l'échantillon limitera la généralisation des résultats. Bien qu'un effort important ait été fait afin de rejoindre une douzaine d'intervenants, les limites de temps et de ressources ont fait en sorte que seulement dix professionnels ont été rencontrés. Toutefois, ce nombre semble au moins partiellement satisfaisant dans l'objectif de dépeindre « une réalité » tel que décrit par Mayer, Ouellet, Saint-Jacques, et Turcotte (2000). Ces auteurs citent d'ailleurs Denzin et Lincoln (1994) qui soutiennent que l'important n'est pas autant le nombre de sujets interrogés que la qualité de l'information recueillie. L'information obtenue dans la présente recherche rencontre évidemment ce critère et chaque répondant s'est impliqué afin de nous transmettre de manière claire et complète ses observations. Le phénomène de *saturation* (Morse, 1994; Deslaurier, 1991) qui se produit lorsque les entrevues menées

dans le cadre de la recherche n'amènent pas de nouvelles informations, considéré comme un indicateur de la taille suffisante de l'échantillon, n'était pas complètement atteint pour tous les sujets abordés lors de la collecte de donnée. Le tableau brossé par la présente recherche se veut donc une image réaliste de ce que les intervenants des centres d'accueil ont pu observer dans leur pratique, mais ne peut prétendre couvrir tous les aspects de cette réalité complexe.

CHAPITRE 5

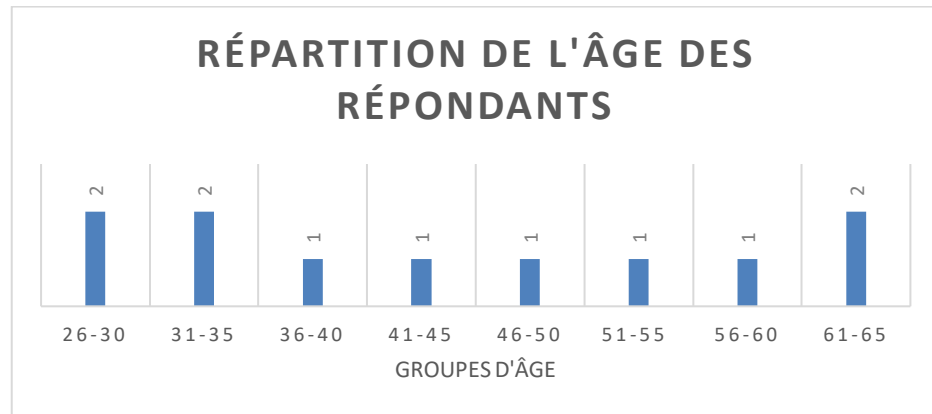
RÉSULTATS

Les résultats présentés dans le présent chapitre reflètent les propos des dix intervenants interrogés dans le cadre de la recherche. L'étudiant-chercheur a amené les participants à partager leurs observations et leurs réflexions sur le parcours, les démarches et les interactions avec les différents services sociaux et de santé des hommes sans-abri qui fréquentent leurs ressources. Les données recueillies de cette manière représentent donc les remarques et constats de dix professionnels qui ont observé la population des hommes itinérants qui ont fréquenté les centres d'hébergement de trois villes de taille moyenne : Saguenay, Trois-Rivières et Sherbrooke. Bien qu'il soit impossible d'assurer que ces données soient représentatives de tous les hommes en situation d'itinérance, celles-ci permettent de tracer un portrait de la situation. Rappelons que tous les prénoms utilisés dans cette section sont des prénoms fictifs afin de protéger l'anonymat des répondants.

5.1 CARACTÉRISTIQUES DES RÉPONDANTS

Dix intervenants provenant de trois ressources d'hébergement pour hommes de Saguenay (quatre répondants), Trois-Rivières (deux répondants) et Sherbrooke (quatre répondants) ont accepté de participer à la présente recherche. Six répondants étaient des femmes, les quatre autres étaient des hommes. Les intervenants étaient âgés entre 26 et 63 ans, la figure 3 représente la répartition de l'échantillon en fonction de l'âge des participants.

Figure 3 : Répartition de l'âge des répondants



Les répondants présentaient des parcours scolaires variés. Quatre d'entre eux étaient diplômés d'une technique en travail social ou en éducation spécialisée. Un des répondants diplômés d'une technique était en voie d'obtenir un baccalauréat en travail social au moment des entrevues. Deux répondants détenaient des certificats universitaires et quatre étaient diplômés d'un baccalauréat dans un domaine relié à l'intervention comme la psychoéducation, le travail social ou la psychologie. La majorité (n=6) des intervenants interrogés travaillait pour la ressource d'hébergement où ils sont présentement employés depuis trois à huit ans, trois autres y œuvraient depuis dix à 15 ans et un répondant a rapporté être en poste depuis plus de 20 ans. Huit des répondants occupaient une fonction d'intervenant pour la ressource d'hébergement et deux étaient directeur de leur ressource respective.

5.2 CARACTÉRISTIQUES DES HOMMES SANS-ABRI

Avec les participants, nous avons d'abord cherché à brosser un portrait des hommes fréquentant leur ressource. Tous les intervenants ont mentionné qu'il était difficile de faire un portrait précis des hommes puisqu'ils étaient tous uniques, certains ont même fait part de leur peur de « généraliser » à outrance. Charles commence d'ailleurs son entretien en spécifiant qu'« en partant, ça n'existe pas un portrait type de la personne qui va fréquenter [ses] services ». Nous expliquant que, selon lui, le seul

point commun à presque tous les hommes qui visitent sa ressource est la comorbidité de différentes problématiques. Toutefois, sans que ces dernières soient universelles, il se dégage plusieurs tendances permettant de caractériser les hommes sans-abri.

Neuf intervenants sur dix ont souligné que les hommes itinérants vivaient avec des difficultés personnelles importantes. En plus des problématiques de consommation et de dépendance identifiées par plus de deux tiers des personnes interrogées (n=7), plusieurs ont évoqué un passé difficile lié à des problèmes de santé physique (n=4). En plus grand nombre (n=8), ils ont identifié que ces difficultés étaient associées à des problématiques de santé mentale et, à l'instar de ce que souligne cette intervenante, à un déficit de confiance en soi ou d'estime de soi : « [pour] un énorme pourcentage, estime de soi : zéro. C'est clair ! ». Selon près de la moitié des intervenants interrogés (n=4), les hommes sans-abri ont de la difficulté à développer des liens significatifs ou bien ils présentent une méfiance excessive envers les personnes qu'ils ne connaissent pas, même dans le contexte d'un organisme réputé leur venir en aide. « Ce sont des gens qui ne vont pas faire facilement confiance », nous rapporte Jean. Charles, qui va dans le même sens, ajoute que : « ce sont des gens qui ont été trahis toute leur vie ou bien souvent dès l'enfance ».

Ces difficultés ressenties à différentes étapes de l'existence de ces hommes ont des impacts importants sur leur capacité à s'adapter à la vie en société et à entretenir des rapports sociaux. À cet effet, Stacy mentionne que les personnes sans-abri qu'elle rencontre : « [...] ont un passé très difficile, avec plusieurs traumatismes au niveau de [...] l'enfance, de la vie adulte [...] qui font en sorte que la création de lien est plus difficile ». Établissant un constat similaire, Pierre ajoute que les hommes qui fréquentent sa ressource « ont de la misère à identifier leurs forces [et que par conséquent] ils vont beaucoup se dévaloriser ».

Plus de la moitié (n=6) des participants ont souligné que les hommes itinérants vivaient avec des difficultés relationnelles et sociales importantes et que ces difficultés affectaient leur fonctionnement dans la société dans laquelle ils évoluent. Les intervenants ont, entre autres, identifié que les personnes sans-abri étaient marginalisées (n=4) ou encore isolées (n=4). Leur réseau social limité ou inexistant fait en sorte qu'il n'est pas aisé pour elles de prendre part à des activités de nature sociale et d'entretenir des relations significatives.

Le langage est différent, le langage de la rue, alors c'est difficile des fois pour eux [...] On parle de réinsertion sociale, retourner sur le marché du travail, il y a des codes vestimentaires. Souvent c'est des gens... Ça peut même être juste allé voir un spectacle, ils vont se sentir mis à part. (Jean)

Dans leurs interactions avec leur environnement social, certains intervenants interrogés (n=3) ont soutenu que les hommes qu'ils fréquentent dans leurs services vivaient les conséquences des préjugés véhiculés à leur endroit. À ce sujet, Pierre a noté que ces derniers « se sentent différents, ils se sentent beaucoup jugés » et que ce ressenti influence parfois les décisions qu'ils prennent. Ils vont notamment choisir d'endurer une douleur ou un inconfort plutôt que d'aller à l'hôpital, de peur d'être jugés par le personnel soignant à l'accueil ou encore les médecins qu'ils vont voir en consultation. Plusieurs intervenants mentionnent que les hommes rapportent qu'ils reçoivent des traitements différents des autres en raison de leur statut de personne itinérante.

Ça arrive souvent qu'on réfère des résidents à l'urgence, puis ils reviennent bredouilles, parce que justement... "Ah! C'est un itinérant qui veut juste rester, qui veut juste avoir une place pour se réchauffer dans l'urgence." Ils sont pas pris au sérieux. (Jenny)

De manière unanime (n=10), les répondants s'entendent pour dire que les personnes sans-abri présentent toutes des forces, bien que celles-ci ne soient pas toujours reconnues ou mises en valeur. Parfois les hommes eux-mêmes ne perçoivent pas qu'ils ont un potentiel, car ils ont, au fil du temps, intégré le préjugé qui veut qu'ils n'en aient pas. Les intervenants mentionnent aussi que certains professionnels du

réseau de la santé et des services sociaux voyaient principalement les difficultés vécues par les hommes itinérants et leurs vulnérabilités et concentraient leur intervention sur ces points, sans reconnaître les forces de ceux-ci dans la relation d'aide. Stacy rapportait que : « *[les professionnels] les voient [comme] l'espèce de cliché du parasite sur l'aide sociale qui fait juste boire et qui a fait ce choix de vie-là* ». La force la plus fréquemment mentionnée est la résilience (n=7). Les intervenants ont souvent insisté sur la capacité des hommes sans-abri à passer au travers d'épreuves difficiles et de poursuivre leur parcours avec l'espoir d'améliorer leur sort :

Il y a toujours quelque chose à travailler et le fait qu'ils s'accrochent à ça et qu'ils continuent à vouloir faire un travail sur eux, malgré qu'ils aient été déçus par la vie, malgré qu'ils se soient pétés la gueule. (Gabrielle)

Quelques-uns ont également souligné que les difficultés intenses et répétées vécues par les hommes qui fréquentent leurs ressources seraient, selon eux, venues à bout de l'endurance de nombreuses personnes non itinérantes. Plusieurs répondants voient donc la persévérance des hommes sans-abri (n=4) comme une force qu'ils associent à leur résilience : « *ils sont vraiment persévérants, malgré que, c'est plate, on les revoit souvent, [mais] ils continuent et ils ne lâchent jamais... Même s'ils sont dans le cycle [de l'itinérance], ils continuent toujours de donner l'effort qu'ils peuvent* » (Jenny). Ces forces ont souvent été jumelées à d'autres, telles que la débrouillardise (n=3) et plus rarement l'autonomie et la créativité (n=1), cette dernière était illustrée par l'intervenante comme la capacité des hommes sans abris de tirer le maximum du peu de ressources dont ils disposent. L'ensemble de ces forces sont généralement utilisées par les intervenants pour décrire les techniques et les stratégies d'adaptation utilisées par les hommes sans-abri pour surmonter les difficultés et les problématiques rencontrées. Par exemple, les intervenants associent l'autonomie et la débrouillardise à la manière dont les hommes parviennent à intégrer de nouveaux milieux, de nouveaux groupes, etc. Les caractéristiques de résilience et de persévérance sont quant à elles associées à la capacité de certains hommes d'encaisser les échecs et les refus, et ce, tout en maintenant une volonté de changer et d'améliorer leur situation.

5.3 PROBLÉMATIQUES OBSERVÉES CHEZ LES HOMMES SANS-ABRI PAR LES INTERVENANTS DES RESSOURCES CONSULTÉES

La position privilégiée des intervenants leur permet d'observer les problématiques vécues par les hommes sans-abri et les conséquences que celles-ci ont dans leur vie. Il a été demandé aux répondants d'identifier les problématiques avec lesquelles ces hommes vivaient. Les problématiques les plus fréquemment mentionnées ont été celles liées à la santé mentale (n=8) et à la consommation de drogue, d'alcool ou de médicaments non prescrits (n=7). Quatre intervenants interrogés ont observé que des problèmes physiques (blessures, lésions, etc.) sont fréquents chez les hommes en situation d'itinérance. « *[D]es soins de santé comme le soin des pieds surtout, vraiment des plaies, des trucs comme ça. Des soins physiques, ça va être les traitements pour l'hépatite ou des trucs comme ça* » nous rapporte Pierre. Deux participants ont souligné que ces hommes avaient de la difficulté à prendre soin d'eux-mêmes parce que, à l'instar de ce que déclare cette répondante : « *[...] leur bien-être, prendre soin de soi, c'est sûr qu'ils ne sont pas à cette étape-là* » (Johanne). Les mêmes soulignent que cela peut provenir de la difficulté à s'organiser ou encore, en raison de comportements prescrits par la norme masculine. En effet, ils constatent que les personnes qui fréquentent leurs ressources sont poussées davantage par cette norme à ignorer leur douleur et leur malaise et qu'elles tentent de faire bonne figure en affichant leur force physique. La plupart du temps, « *[elles] vont nous dire : "on n'a pas de problème de santé, on n'a pas besoin de rien, je veux dire... Ça ne fait pas si mal que ça, ça ne s'infectera pas... Bien non, ça n'est pas grave !"* » (Patrick). Selon ces répondants, les hommes qu'ils côtoient feraient fi de la même manière de leurs idées dépressives, de leur tristesse, de leur stress et de leur anxiété afin de démontrer qu'ils sont forts mentalement. Ils seraient également tentés de gérer leurs problèmes et leurs blessures sans assistance extérieure dans le but de prouver leur autonomie et leur indépendance.

Plus de la moitié des intervenants interrogés (n=6) ont également souligné qu'en plus de leurs problématiques de santé physique et mentale, d'autres situations vécues par les hommes sans-abri, notamment la consommation (de drogue, d'alcool ou de médicaments non prescrits) avait un impact important sur leur capacité à organiser leur quotidien et plus globalement sur leur fonctionnement personnel et social, entraînant des situations de marginalisation sociale, de discrimination, etc. Comme en témoigne Stacy : *« c'est souvent [à cause] des problématiques de santé mentale et de la consommation que les gens en viennent à être expulsés des logements à cause de bris, du non-paiement [des loyers], du dérangement général »*.

La consommation de drogues, selon les intervenants interrogés, aurait tendance à exacerber les autres problématiques. Concernant leur santé physique, les hommes sans-abri pourraient être enclins à négliger leurs soins ou leur médication dans le but de consommer ou parce qu'ils priorisent la recherche de leurs substances. Pour ce qui est des problématiques de santé mentale, les substances consommées ont parfois des effets sur les symptômes, d'autre fois, ces mêmes substances interagissent avec la médication prise. Jonathan parle dans ces cas d'automédication, qu'il identifie comme une méthode qui est utilisée pour repousser au maximum le moment de consulter.

Parce que s'ils sont capables de s'automédicamentent par la rue, de diminuer les douleurs par de la consommation ou par ci ou par ça, ça va souvent être la première solution sur la liste qui va être utilisée. (Jonathan)

Cependant, des intervenants ont mentionné que dans le chaos qui peut résulter de leur itinérance, les hommes trouvent tout de même une forme d'organisation. Ils ont certains points de repère et en viennent à organiser leur vie autour de leurs problématiques, particulièrement de leur usage de drogue, d'alcool ou de médicaments non prescrits : *« [...] dans leur désorganisation, [ils] sont quand même très bien organisés. Ils ont leur repère, ils ont leur lieu où ils vont s'installer »* (Johanne). Pour obtenir l'argent nécessaire à l'achat de la substance de leur choix, certains hommes auront recours, entre autres, à la prostitution, tel que mentionné par deux répondants. Selon une intervenante, les préférences ou l'orientation sexuelle de ces hommes qui se

prostituent n'auraient pas vraiment d'importance, dans un contexte de prostitution à des fins de consommation. Elle affirme que pour certains hommes : « *les deux sexes sont corrects, d'abord que c'est payant !* » (Nancy).

5.4 LES BESOINS DES HOMMES SANS-ABRI TELS QU'IDENTIFIÉS PAR LES INTERVENANTS DES RESSOURCES D'HÉBERGEMENT

Une grande majorité des intervenants interrogés (n=8) ont mentionné qu'ils identifiaient des problématiques de santé (physique et mentale) pour lesquelles les hommes itinérants avaient des besoins non satisfaits. Les problèmes les plus fréquemment abordés par les répondants ont trait à la santé mentale pour lesquelles huit d'entre eux observent des besoins non répondus. La toxicomanie arrive au second rang, mentionnée par sept répondants comme étant un besoin auquel les hommes sans-abri ne trouvent pas de réponse. Quatre répondants ont également soutenu que les personnes en situation d'itinérance vivaient des problématiques de santé physique pour lesquelles ils n'obtenaient pas de réponse.

Ces problèmes restent parfois sans réponse dans la vie des hommes pour différentes raisons selon les personnes rencontrées. Certaines ont lié cela à la préservation des caractéristiques liées à la masculinité, telles que la force et l'autonomie. Des liens ont également été faits avec le manque de confiance envers le système de santé et les services sociaux et leurs expériences négatives envers lui. Finalement, certains intervenants dressaient un parallèle avec la priorisation des activités, soit de satisfaire les besoins de base tels que de se vêtir et se nourrir avant de s'attaquer aux problèmes de santé perçus comme non urgents. Jonathan cite d'ailleurs un des résidents de la ressource dans laquelle il travaille qui admettait avoir attendu avant d'effectuer une demande et lui confiait qu'« *[il] ne pensait jamais un jour [se] rendre là, ça a été une obligation de survie pour [lui] de franchir [notre] porte et*

[nous] demander de l'aide». Ces différentes dynamiques seront développées davantage dans les sections subséquentes.

Il est intéressant de noter que sept d'intervenants questionnés ont souligné que plusieurs besoins sont liés à la comorbidité et non pas simplement à leurs problématiques isolées. Selon les répondants, les hommes sans-abri aux prises avec des problèmes multiples n'obtiennent pas de réponse adéquate dans ce sens, Monique affirme clairement que :

La difficulté qu'on rencontre le plus souvent maintenant [dans les ressources d'hébergement], c'est la comorbidité, [ce sont les hommes qui vivent avec de] multiproblématiques, parce que la majorité [cumule au moins des problèmes de] santé mentale, de toxicomanie, de judiciarisation [et des problèmes] familiaux.

Une réalité que Charles illustre de la manière suivante :

Un des problèmes qu'on a c'est que normalement, bien les services généraux ou tous les services dans le grand CIUSSS [local], comme dans tous les CIUSSS de la province, ils sont orientés dans des trajectoires de services selon les problématiques. Mais là, quand on tombe avec des individus qui sont multi-poqués, qui ont un paquet de problématiques diverses, bien on n'est plus capable de les rentrer dans des cases.

5.5 LES HOMMES SANS-ABRI ET LEUR MASCULINITÉ

Les répondants ont souligné à nouveau que les hommes qui fréquentaient leurs ressources ne forment pas un groupe homogène. Plusieurs conceptions de la masculinité se dégagent chez ces derniers en fonction du milieu socioéconomique dans lequel ils ont grandi ou de celui ou de ceux dans lesquels ils ont vécu avant de connaître l'itinérance, de leur âge, de leur appartenance ethnoculturelle ou encore de leur orientation sexuelle. Certaines tendances semblent cependant se dégager lorsqu'il est question des caractéristiques liées à la masculinité auxquelles les hommes sans-abri accordent de la valeur de manière explicite. C'est également le cas pour les

comportements de démonstration qui sont utilisés pour manifester certaines de ces valeurs masculines de manière implicite.

Tous les intervenants interrogés identifient que les hommes valorisent la force. Cette dernière n'est pas seulement reliée à la puissance physique, elle renvoie également à la force d'esprit et à l'autonomie, une capacité à se gouverner soi-même, sans l'aide de rien ni de personne, qui revêt beaucoup d'importance aux yeux des hommes que les répondants côtoient. Par exemple, un répondant déclare que :

Souvent, un homme, c'est ça ! C'est reconnu pour avoir une force de caractère, ne pas avoir de faiblesse et ne pas demander de l'aide. Alors, c'est souvent ça ! Ça n'est pas facile pour eux de s'accepter [dans leurs difficultés et leurs faiblesses]. (Pierre)

Une intervenante ajoute que, pour ces hommes, être assistés contrevient aux préceptes de la masculinité et ne correspond pas à l'image qu'ils se font de ce que signifie « être un homme » : *« C'est dur d'accepter que c'est le gouvernement qui te donne ton argent, que tu n'es pas capable de travailler parce que tu ne te sens pas bien. L'image de l'homme, ça n'est pas supposé être ça »* (Gabrielle).

La moitié des répondants (n=5) affirme que les hommes fréquentant leurs ressources donnent une grande valeur au fait de ne pas exprimer d'émotions, ce qu'ils voient comme un aveu de faiblesse (ex. : tristesse, ennui, attendrissement, etc.). L'expression des émotions, associée à la vulnérabilité, est inacceptable pour de nombreux hommes sans-abri. Aussi, selon les intervenants, ce type de manifestation demeure pour eux, en général, un défi majeur. Ils s'expriment, mais le plus souvent, ils le font à leur manière, d'une façon qui demeure plus acceptable et qui diffère de celle des femmes qui se retrouvent dans la même situation d'itinérance. En ce qui a trait à ce qui distingue les hommes des femmes sans-abri quand il s'agit de faire part de sa douleur, Patrick précise que : *« L'expression de la souffrance, elle n'est pas la même. [Un homme sans-abri] ne pleure pas, [il] aime mieux frapper pour sortir le mauvais*

de là. Il aime mieux même s'isoler [...] tomber dans une consommation [pour] faire taire ça » (Patrick).

Quatre intervenants mentionnent quant à eux qu'ils ont observé que la mise en action et la proactivité sont valorisées parmi les utilisateurs de leurs ressources. Ils mentionnent que l'oisiveté ne concorde pas avec les valeurs masculines auxquelles adhèrent plusieurs hommes et qu'ils sont par conséquent portés à aider et à se mettre en action pour démontrer leur capacité à travailler. À l'instar de Charles, ils sont plusieurs à noter que ce type d'implication leur permettrait de démontrer, entre autres, leur force : *« Bien aller est quelque chose qui pour eux est très valorisant. S'impliquer, participer dans la ressource, faire des démarches, ce sont des choses qui sont très valorisées [par les hommes sans-abri] ».*

Finalement, quatre participants soutiennent que les hommes accordent de l'importance à la possession de biens matériels qui représente pour eux une forme d'accomplissement personnel. Par exemple, une intervenante souligne que le fait d'avoir une voiture, en plus d'être synonyme de succès, rend les hommes plus autonomes dans leurs déplacements et facilite leur organisation personnelle, renforçant ainsi leur sentiment d'indépendance. Cette répondante associe les valeurs clés de l'autonomie et de l'indépendance à certaines conceptions de la masculinité.

Aussi, pour eux, il est difficile de se détacher de ce type de bien matériel, leur perte pouvant avoir un impact considérable sur leur fonctionnement personnel : *« Le détachement matériel le plus difficile à faire pour eux, c'est vraiment leur auto. Quand ils ont une automobile, [ils vont] s'organiser pour conserver leur permis, ça c'est super important ! » (Monique).*

5.6 DÉMONTRER SA MASCULINITÉ

Des dix intervenants interrogés, neuf ont mentionné observer fréquemment des comportements de démonstration de la masculinité chez les hommes fréquentant leurs ressources. Six d'entre eux ont souligné que ces derniers soignaient leur apparence pour que celle-ci reflète certaines caractéristiques de la masculinité qu'ils valorisent : *« il y a des langages, il y a des attitudes. On est dans le paraître, alors même dans le vestimentaire, dans le comment tu te présentes, dans ton discours... »* (Jonathan). Une intervenante mentionne que certains hommes ont des tatouages très « virils », un autre a énoncé avoir observé que les hommes étaient susceptibles de rechercher, dans les vêtements donnés par des citoyens à la ressource, certaines marques, associées à la richesse ou à la réussite. Pratiquement tous ont indiqué qu'ils observaient des démonstrations de ces mêmes caractéristiques valorisées via des gestes posés par les hommes : *« C'est sûr que souvent les comportements d'agressivité, d'impulsivité, il y a beaucoup de colère aussi »* (Pierre).

Pour la moitié des intervenants (n=5), les hommes sans-abri ont tendance à exprimer verbalement leur adhésion à la norme masculine en passant des commentaires ou en faisant des interventions qui soutiennent certaines de leurs caractéristiques qui concordent avec la norme. Le simple fait de parler fort dans un groupe a été rapporté comme étant un comportement fréquemment utilisé pour démontrer sa masculinité, et sa force. Des intervenants (n=2) ont également souligné avoir été témoins de situation où des hommes sans-abri utilisaient la violence verbale pour faire cette même démonstration. Ils peuvent également l'exprimer en encourageant certains comportements qui correspondent aux normes ou en critiquant ou condamnant d'autres qui y contreviennent. Les hommes vont, entre autres, utiliser la colère au lieu d'exprimer la tristesse ou une autre souffrance, puisque ce type d'expression correspond à une sorte de vulnérabilité qui ne s'accorde pas avec la force et l'invincibilité. Pour Monique, *« il y a une partie d'orgueil du mâle moi je pense qui est encore là, que demander de l'aide c'est pas fort et ils essayent de se débrouiller tout seul tant qu'ils peuvent »*. Et finalement, trois répondants affirment qu'une dynamique

de séduction est souvent présente entre les hommes qui fréquentent leurs ressources et des intervenantes, ce qu'ils perçoivent comme une démonstration des atouts masculins de ces derniers qui veulent être désirables et séduisants. Nancy ajoute pour sa part que la séduction peut être utilisée aussi par les hommes sans-abri pour gagner la confiance des professionnelles et obtenir d'elles ce qu'ils veulent : « [...] *il faut faire attention aux comportements de séduction qu'ils vont tenter avec nous pour essayer d'avoir des faveurs ou des choses comme ça* ».

5.7 LES CONFUSIONS EN LIEN AVEC LA MASCULINITÉ

Quatre intervenants ont identifié de nombreuses sources de confusion liée au genre chez les hommes sans-abri, entre autres, sur le plan de l'orientation sexuelle. Bien que plusieurs ont mentionné que l'homosexualité n'est plus aussi ouvertement et intensément dénigrée que par le passé dans leurs ressources, « *par rapport à l'homosexualité [il y a eu du changement] et ça ne fait plus de cas. Et en [une dizaine d'années], ça ne fait pas longtemps quand même, où là c'était... comme si un extraterrestre était dans la place* » (Jean). Certains hommes vivent également une incertitude avec leur propre sexualité dans des contextes de prostitution par exemple où ces activités sexuelles peuvent être liées à la consommation et à l'argent.

Ils ont dû faire de la prostitution pour avoir accès à leur consommation. [...] Ça doit être quelque chose de très difficile pour eux d'essayer d'introspecter à savoir qu'est-ce qu'un homme, comment un homme réagit, est-ce que c'est normal, est-ce que c'est pas normal ce que je ressens, ce que je vis [...]. (Stacy)

Bien que la diversité sexuelle soit tolérée davantage, l'hétéronormativité reste fortement liée à la masculinité plus traditionnelle à laquelle adhèrent plusieurs des hommes sans-abri et les comportements qui divergent de cette norme entraînent leur lot de remise en question. La pauvreté et les difficultés personnelles, souvent inhérentes à l'itinérance ont un impact également sur l'interprétation que font les hommes de leur

masculinité. Certains intervenants ont soulevé les difficultés pour ces derniers de s'admettre en difficulté ou appauvris tout en s'identifiant toujours comme étant un homme puisque la force, l'autonomie et le rôle de pourvoyeur font souvent partie intégrante de leur définition de la masculinité.

[La masculinité traditionnelle], on la perçoit encore aujourd'hui, mais [elle est] un peu rétrograde. Le pourvoyeur, le protecteur, il y a encore cette composante-là dans leur définition de la masculinité, ce qui ne les aide pas à se reconnaître comme un individu qui va bien parce que ces rôles-là, ils ne peuvent plus les jouer, parce qu'on leur a enlevé [conséquence de la marginalisation] ou ils l'ont perdu par leurs comportements, leurs gestes. (Jonathan)

Un répondant a également souligné que les hommes rencontrant des difficultés personnelles, pouvant être fragilisés et vulnérables, ont parfois de la difficulté à réfléchir sur les points qui feraient en sorte qu'ils maintiennent leur identité comme homme lorsqu'ils perdent certaines caractéristiques qu'ils jugeaient nécessaires ou importantes. Certaines des problématiques fréquemment rencontrées par les hommes sans-abri, comme la maladie physique, peuvent aussi directement affecter leur capacité à démontrer certains attributs auxquels ils accordent de l'importance, entre autres la force et l'autonomie.

La masculinité [...], elle est à retravailler et elle est à redéfinir et à renommer pour regagner cet aspect-là de... bien oui, je suis encore un homme parce que ça, ça, ça et c'est pas vrai que pour être un homme, il faut travailler, il faut gagner, il faut avoir des enfants à sa charge, il faut avoir une femme et il faut être le protecteur de tout ça. (Jonathan)

5.8 CONTREVENIR À LA NORME

La moitié des intervenants interrogés (n=5) mentionne que lorsqu'ils sont en situation de grande difficulté, les hommes sans-abri se permettent davantage de déroger à la norme de masculinité perçue. Rappelons que cette norme est celle qu'ils observent

dans le groupe auquel ils appartiennent à un moment donné, par exemple, celui composé par l'ensemble des résidents d'une ressource d'hébergement. C'est donc dire que deux hommes qui évoluent dans le même groupe pourraient avoir une perception différente des normes qui sont rattachées audit groupe et de ce que pourrait représenter une transgression de cette norme. Les intervenants ont donc souligné que les situations de vie critiques amènent les hommes à accepter davantage le soutien et l'aide en se souciant moins de transgresser les normes reliées à la masculinité traditionnelle fréquemment prônée dans les ressources d'hébergement et auront tendance à accepter l'aide et le soutien.

Quand tu es rendu là [en grande difficulté], c'est parce qu'il y a une obligation, tu n'as pas le choix, tu essaies de piler sur ton orgueil et d'accepter que quelqu'un d'autre ait un mot à dire dans ta vie plutôt que c'est toi qui diriges ta situation. (Gabrielle)

Trois répondants arguent que ces mêmes hommes se permettent également de déroger aux normes masculines lorsqu'ils se sentent en confiance avec un intervenant et deux personnes interrogées stipulent que les hommes plus jeunes ont tendance à s'éloigner plus facilement des normes masculines fréquemment observées dans leur centre d'accueil, soit la valorisation de la force, de l'autonomie et de la répression des émotions.

Ils vont avoir un parler assez salé entre eux, mais ça va changer quand ils vont entrer en relation avec leur intervenante en suivi ou peu importe. Là ça va être : "ça m'a dérangé quand il parlait de ça. Moi, ça m'a fait penser à ma sœur, à ma mère". (Gabrielle)

À l'inverse, neuf intervenants indiquent que dans certaines circonstances, les hommes vivent plus de pression pour se conformer à cette norme. Les circonstances suivantes ont été identifiées par les participants comme celles qui encourageaient le plus les hommes qui fréquentent les ressources d'hébergement à manifester une adhésion explicite aux normes masculines. Les expériences passées des hommes sont déterminantes selon les répondants. Les hommes qui ont grandi ou ont appartenu dans leur vie adulte à un milieu défavorisé d'un point de vue socioéconomique et culturel

ainsi que les hommes qui évoluent présentement ou qui ont évolué dans le milieu du crime organisé vont se conformer davantage à ces normes. Par exemple, Johanne fait un lien explicite entre l'appartenance au crime organisé de certains hommes qu'elle côtoie avec leur difficulté à se dévoiler et à montrer leur vulnérabilité : « *[ceux qui ont évolué dans des milieux criminalisés] vont être moins enclins à me parler de leurs émotions, c'est vraiment encore le vieux stéréotype on dirait qui est installé* ». Certains facteurs sont plus circonstanciels. Les intervenants témoignent que les hommes ont plus tendance à manifester leur adhésion à la norme masculine s'ils sont dans un groupe de personnes qu'ils ne connaissent pas, ou encore, lorsqu'ils sont en présence d'individus en lesquels ils n'ont pas confiance. À ce sujet, Pierre souligne que :

[ce sont des hommes], des fois, qui vont être moins ouverts à recevoir la critique quand le lien de confiance n'est pas là, ils vont peut-être être plus en position défensive; quand on va leur amener de la critique constructive, ils vont prendre ça comme si on les dévaloriserait . (Pierre)

Ils vont également avoir des comportements conformes aux normes masculines si des personnes du sexe opposé les observent, parfois dans le but de leur plaire ou de les séduire. Le sentiment d'être en compétition avec d'autres hommes peut inciter les hommes sans-abri à avoir ce même type de comportements. Finalement, les répondants mentionnent que les hommes tendent à adopter ces comportements lorsqu'ils désirent être acceptés dans un groupe de pairs (désir de conformité).

Vu que c'est comme une dynamique de groupe un peu macho, pas nécessairement un milieu très éduqué sur la diversité sexuelle ou l'expression du genre; un homme c'est un homme, une femme c'est une femme; une fille, ça magasine et... genre les stéréotypes là. (Gabrielle)

5.9 LES LIENS EXISTANTS ENTRE LES HOMMES SANS-ABRI ET LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX

Sept intervenants sur les dix interrogés ont mentionné qu'un accès simplifié et rapide aux services ainsi que des références personnalisées effectuées auprès des professionnels favorisaient le parcours que les hommes sans-abri effectuent pour bénéficier de soins. Les trajectoires de soins peuvent être facilitées dans les cas où, par exemple, l'intervenant peut référer directement un homme de sa ressource à un professionnel du réseau de la santé et des services sociaux. Les délais sont alors réduits et en évitant notamment de passer par l'accueil et le triage, des étapes longues et parfois laborieuses sont également évitées. Les répondants mentionnent que ces parcours simplifiés et rapides font en sorte que les hommes ont plus tendance à faire confiance aux professionnels qui leur ont été présentés par un intervenant de la ressource d'hébergement auquel il donne plus de crédit. Jenny déclare que : *« Il faut les accompagner pour qu'ils soient pris au sérieux, parce que soit par leur allure ou leur attitude; souvent ils sont mésadaptés socialement aussi, ils ne savent pas comment bien demander des soins »*. Les personnes interrogées précisent que ce sentiment de sécurité accrue dans la relation d'aide contribue à une meilleure adhésion aux conseils, aux recommandations et aux traitements.

Quand le patient se sent en confiance, non-jugé et qu'on prend le temps d'écouter un peu sa réalité, il va être plus honnête avec le médecin au niveau de sa consommation, de son mode de vie... Et au lieu de dire : "Oui oui, je vais faire tel et tel changement!" pour répondre ce qu'il sait que le médecin [...] veut entendre, bien, il va être plus honnête dans ce qu'il sent être capable de faire et demandera de l'aide aux autres niveaux pour pallier à ce qu'il sait très bien qu'il ne réussira pas à faire. (Stacy)

Pour pratiquement tous les participants, la qualité du lien existant entre le professionnel qui dispense des soins et l'homme sans-abri a un impact important sur la manière dont ce dernier souscrit aux services proposés.

Tous les répondants ont déclaré que des services de proximité et des professionnels qui connaissent et comprennent la réalité dans laquelle les hommes

itinérants vivent ont un effet très positif sur l'accès aux soins de ceux-ci. Ils sont nombreux à souligner l'importance de prendre le temps nécessaire avec les hommes sans-abri pour créer une relation de confiance. Or, dans la même proportion, les intervenants rencontrés dressent le constat que les professionnels de certains services n'ont pas cette disponibilité. À l'instar de cette participante, plusieurs personnes interrogées précisent que c'est notamment le cas des urgences dans les hôpitaux.

L'équipe de proximité va prendre le temps de créer un lien avec ces gens-là avant de les soigner. C'est ça qu'on n'a pas [dans les hôpitaux] et dont ces gens ont besoin. Quand tu perds confiance envers quoi que ce soit qui est mis en place, ça prend un temps de regagner confiance. Et à l'urgence, je ne les blâme pas, ils n'ont pas le temps de faire ça. (Johanne)

5.10 NATURE DES DEMANDES EFFECTUÉES PAR LES HOMMES SANS-ABRI

Plus du tiers des intervenants ont indiqué que les hommes attendaient que leurs problématiques aient de très grands impacts sur leur vie avant de consulter. Il a été mentionné que la limite se situait, pour certains hommes, au moment où ces impacts empêchaient ceux-ci de répondre à leurs besoins de base. Ce type de comportement fait en sorte que les hommes fréquentent moins les services de prévention. Parce qu'ils attendent pour consulter d'être dans une situation où ils ne sont plus en mesure de répondre à leurs besoins de base, les intervenants ont spécifié que les demandes d'aide prenaient donc souvent un caractère d'urgence et de crise. Jenny témoigne que : *« les hommes, justement, quand ils demandent de l'aide, c'est maintenant, tout de suite. Ça fait pas cinq minutes que j'ai besoin d'aide, ça fait comme cinq ans et plus! »*.

Trois personnes interrogées ont quant à elles observé que les hommes effectuent des demandes de services en ayant un objectif précis (traitement ou médication) et en étant fermés aux autres suggestions ou conclusions des

professionnels rencontrés. Jonathan mentionne que les hommes « *vont aller voir un médecin, mais [pas dans le but d'avoir] un diagnostic. [Leur intention est d'] avoir une pilule qu'ils ont déjà ciblée pour régler leur problème* ». L'homme se présente donc pour sans ouverture à l'opinion professionnelle du médecin concernant les autres traitements possibles.

Quatre répondants estiment que certains hommes sans-abri font des demandes de soin dans l'espoir d'un gain, ou pour éviter une perte. Un des gains nommés était, par exemple, l'obtention d'une médication spécifique. Les pertes évitées peuvent quant à elle être liées aux capacités des hommes à maintenir leurs situations de vie. Entre autres, de la fréquentation d'un service de traitement de la toxicomanie peut dépendre le maintien en liberté si celle-ci est inscrite dans des conditions de libération. La soustraction à cette injonction de soin entraînera possiblement une nouvelle incarcération. Ces motivations peuvent donc être qualifiées d'extrinsèques, puisqu'elles proviennent de la volonté d'éviter les conséquences du problème et non pas d'un désir de le régler. Une des personnes interrogées a donné l'exemple d'un homme qui effectuait une demande de soins sur ordonnance d'un tribunal, sans aucune autre motivation que celle de conserver sa liberté. Et deux de ces quatre intervenants ont également observé que les hommes sans-abri avaient tendance à modifier la nature de leur demande de soins de façon que celle-ci réponde aux attentes des intervenants. Jonathan mentionne que : « *[...] des fois, le discours est complètement faux, juste pour satisfaire [aux exigences] du service que [l'homme] veut avoir* ». À ce propos, Stacy ajoute que cela peut correspondre aussi pour les hommes sans-abri au fait d'acheter la paix : « *ils savent très bien quoi répondre pour, soit faire plaisir et qu'on les laisse tranquilles, soit avoir leur gain* ».

Quatre intervenants ont déclaré que les hommes ont de la difficulté à reconnaître leur pouvoir d'agir et leurs responsabilités par rapport à leur situation. À l'instar de cette répondante, ils mentionnent qu'un certain fatalisme est palpable chez

ceux qu'ils côtoient : « *une phrase que j'entends souvent : "bien là, je suis fait de même ! C'est pas de ma faute, je suis fait de même !"* » (Johanne).

Six personnes interrogées ont révélé que les hommes sans-abri formulaient souvent des demandes d'aide qui ne reflétaient pas leurs besoins réels. Par exemple, ils mettent plus volontiers de l'avant des problèmes somatiques qui sont observables (blessures physiques, maladies, etc.) et passent sous silence d'autres aspects de leur santé qui sont moins tangibles tels que la dépression. Ces mêmes hommes auraient aussi moins tendance à mentionner des besoins qui contreviendraient aux valeurs associées à leur masculinité (force, autonomie) ou qui mettraient de l'avant des caractéristiques opposées à la masculinité comme l'expression de faiblesses. Même si celles-ci créent de grands dérangements dans leur vie, ils préféreraient exposer d'autres problématiques plus secondaires aux professionnelles qu'ils rencontrent.

L'état de santé physique est une raison. Moi, je dirais une raison « sympathique » pour consulter. Quand c'est physique, c'est plus facile de les faire consulter. Quand c'est juste psychologique ou [quand ils vivent de la] détresse, c'est plus long à les faire consulter. (Monique)

Certains comportements (ex. : la propension à rechercher un traitement précis et à être fermé aux suggestions des professionnels, les tentatives d'obtenir des gains ou d'éviter des pertes, la tendance à modifier la vérité afin que leurs réponses concordent avec les attentes des intervenants ou encore celle à ne pas divulguer leurs besoins réels) seraient, selon les intervenants interrogés, moins présents lorsqu'un lien de confiance existe entre les hommes sans-abri et les professionnels des services de santé et des services sociaux.

5.11 OPINION DES HOMMES SANS-ABRI SUR LES SERVICES

La moitié des répondants stipule que les hommes en situation d'itinérance ont eu de mauvaises expériences dans le passé avec différents services de santé et services sociaux. Ce vécu désagréable influence négativement leur perception de ces services. Ils sont le même nombre à mentionner que les hommes sans-abri témoignent souvent qu'ils sont mal accueillis voire qu'ils sont ignorés lorsqu'ils demandent de l'aide. Stacy mentionne, en parlant de cette situation que les hommes sans-abri « *trouvent qu'ils sont mal accueillis, peut-être moins d'ouverture, que les professionnels ne comprennent pas, qu'ils ne sont pas nécessairement sur le terrain. Ça on l'entend souvent...* ».

Dans une proportion semblable, les personnes interrogées soutiennent que les hommes qui fréquentent leurs ressources se sentent souvent jugés par les professionnels qu'ils rencontrent dans les différentes institutions des services de santé et des services sociaux (principalement dans les hôpitaux et les CLSC) ou encore que ceux-ci les traitent parfois avec un certain mépris, un traitement qui devient une barrière à la demande d'aide. Concernant le fait que certains hommes perçoivent qu'ils sont indignes d'estime ou d'intérêt, Charles indique que la présence d'un intervenant n'y change pas grand-chose : « *[...] des fois, nos résidents nous demandent d'aller avec eux [à leurs rendez-vous médicaux]. On y va... Le psychiatre va être là, à taper sur l'ordinateur, à écouter à moitié pendant que [l'homme en difficulté] est en train de lui décrire ses problèmes* ».

Quatre intervenants soutiennent que les professionnels rencontrés n'avaient pas d'intérêt pour la situation ou encore qu'ils ne comprenaient pas la réalité de leurs clients. Ils établissent ce constat tantôt à partir de leurs observations lors d'accompagnements d'hommes de leurs ressources dans des démarches d'obtention de soins, tantôt après avoir recueilli les témoignages de ceux-ci au sujet de ce qu'ils vivent en faisant ces démarches de manière autonome. L'absence d'attention qu'on porte aux hommes sans-abri dans les services, une situation perçue par plusieurs, peut engendrer

chez ces derniers un sentiment d'injustice sociale qui se traduit par un rejet du système qui selon eux n'est pas adapté à leur besoin.

Entre eux, ils s'alimentent à ce niveau-là. Le système de santé, les médecins, les ci, les ça, les policiers... Il y a un esprit de groupe là-dedans que tout le système n'est pas bien fait, qu'il y en a qui ne sont pas nécessairement là pour t'aider et c'est des « pousseux » de crayons. Il y a une pensée collective clairement. (Gabrielle)

Jean argue quant à lui que : « [...] *il peut y avoir de la méfiance. Parce que la clientèle, souvent, ils en ont vu beaucoup* ». Cet intervenant fait référence ici, à la fois à la quantité d'intervenants que les hommes en situation d'itinérance rencontrent dans leur trajectoire de soin, et ce faisant, au nombre d'expériences négatives qu'ils ont accumulées au fil des années. La méfiance provient donc de cette accumulation et de la crainte de vivre à nouveau des expériences similaires à celles du passé.

5.12 OBSERVATIONS DES INTERVENANTS SUR LA RELATION ENTRE LES HOMMES SANS-ABRI ET LES SERVICES

La moitié des intervenants (n=5) estiment que la marginalité des hommes sans-abri a un impact important sur les relations qu'avec les services de santé et les services sociaux. Celle-ci se manifeste, entre autres, par un rejet ou une incompréhension des codes sociaux dans le cadre de leurs interactions avec les acteurs de ce système. Ces hommes interagissent d'une manière qui peut sembler inadéquate, désagréable, surprenante ou encore, inacceptable pour les professionnels de ces services, ce qui crée des malentendus et des conflits avec ces derniers. Pierre explique cette situation comme suit : « *ce qui peut être un irritant, c'est les comportements de ces personnes-là, ça peut venir nous agacer. Je pense qu'il faut être capable en tant qu'intervenant ou de gens qui donnent des services, de voir qu'il y a peut-être de la souffrance en dessous de ça* ».

Quatre répondants ont ajouté que, pour différentes raisons, les hommes itinérants utilisent dans leurs relations avec les professionnels des divers services qu'ils fréquentent des méthodes de communication inadéquates qui ne sont pas tolérées en contexte de soins de santé. L'exemple des hommes qui utilisent un langage agressif pour manifester leur détresse ou encore de ceux qui emploient un langage vulgaire ou dit « de la rue » a notamment été cité par les intervenants.

La moitié des personnes interrogées (n=5) a confirmé qu'elle partageait les impressions de certains hommes sans-abri voulant que les professionnels de la santé qu'ils rencontrent soient parfois déconnectés de leur réalité et ne comprennent pas leur situation et les problèmes qu'ils vivent dans leur globalité. Les intervenants soutiennent que les professionnels de la santé et des services sociaux ont tendance à traiter uniquement les problématiques directement liées à leur champ d'expertise professionnelle, ignorant parfois les implications que peuvent avoir sur le traitement les problématiques secondaires et les situations de vie liées à l'itinérance. Un bon exemple de cela a été mentionné par une intervenante :

Chaque place travaille en silo, dans le sens que c'est encore très très très présent : si tu consommes et tu vas en psychiatrie, bien, ils ne peuvent pas donner la médication adéquate. Et l'inverse est pareil, s'ils te disent... regarde... je vais te prescrire quelque chose, par contre il faudrait que tu ailles en toxico; toxico le prendront pas tout de suite. Bien souvent, ils vont leur exiger dix jours d'abstinence avant de les accepter en quelque part. Et ce dix jours d'abstinence-là, comment tu veux qu'ils l'aient, parce qu'ils consomment ça fait des années et il y a une période de sevrage qui est importante. (Monique)

Cette situation présente donc une réalité où les hommes demandent des soins qui nécessitent des démarches conjointes de la part de plusieurs services. Or, il est difficile, dans ce genre de situation, d'obtenir le premier accompagnement ou encore le premier soin, puisque chacun exige qu'un autre traitement soit en cours ou complété. Le fait d'être aux prises avec plusieurs problématiques devient lui-même un frein à la résolution de chacune de ces problématiques.

5.13 TRAJECTOIRE ET OBTENTION DE SOINS

Pratiquement tous les intervenants rencontrés (n=9) ont mentionné que les hommes sans-abri éprouvaient des difficultés lors de leurs traitements en raison des processus complexes et des délais trop longs d'accès aux soins ainsi que de la manière dont le système de santé répondait à leurs besoins. Selon Johanne, cela se cristallise sur les urgences des hôpitaux : *« pour les gens qui sont désorganisés, qui ont une problématique de santé mentale, sévère et persistante, les urgences ne sont pas adaptées pour eux. Que ce soit pour le temps d'attente ou pour la réponse qu'ils ont »*.

En aussi grand nombre, ils ont indiqué que les liens relationnels faibles entre les hommes en situation d'itinérance et les professionnels des services de santé fréquentés nuisent à l'obtention des services. Ces liens sont faibles en partie à cause des référents sociaux et des modes d'interaction qui sont différents pour chacun des acteurs de la relation de soin, mais aussi parce que des préjugés existent dans chacun des groupes à l'endroit de l'autre. Six répondants ont également souligné que la marginalisation vécue par les hommes s'ajoutait aux préjugés véhiculés dans les milieux de soins. Comme les hommes n'adhèrent pas à certaines normes sociales (politesse, apparence, décorum dans les relations, etc.), les interactions en sont teintées et, comme mentionné plus tôt, des malentendus et des conflits peuvent en découler. Leurs comportements, leurs paroles, leur apparence peuvent en effet créer une certaine confusion ou une incompréhension chez les professionnels des services de santé, ce qui nuit à la création d'une alliance thérapeutique.

La majorité des répondants soutient que l'incapacité des services à prendre en charge les hommes sans-abri en considérant la globalité de leur situation de vie multiproblématique (état de santé, niveau de socialisation, ressources disponibles) affectait négativement les chances de résolution des situations problématiques vécues.

Trois intervenants ont établi le constat que certains services sont mésadaptés en lien avec l'intervention spécifique auprès des clientèles masculines et que cela nuit à l'obtention des soins pour certains hommes sans-abri. Pour une répondante, c'est particulièrement le cas en ce qui a trait aux services de prévention. En effet, Monique rappelle la tendance des représentants de la gente masculine à être réactifs plutôt que préventifs. Aussi, selon elle, à l'instar de tous les hommes, il ne faut pas attendre de la part de ceux qui sont sans-abri qu'ils formulent une demande explicite en lien avec la prévention. Prenant pour exemple la santé de la prostate qui devient une préoccupation de plus en plus courante en vieillissant, elle souligne que : *« c'est rare qu'un gars va dire : "J'ai 53 ans, je vais aller faire vérifier ma prostate ! " C'est le médecin qui va lui dire : "Écoute, tu as 53 ans, je vérifie ta prostate ! " »* (Monique). Une autre personne interrogée met quant à elle l'accent sur les temps d'attente qui sont souvent trop longs pour les hommes qui se présentent dans les services tandis qu'ils ont le plus souvent un besoin urgent nécessitant d'être répondu immédiatement.

Pratiquement deux tiers des personnes interrogées ont affirmé que des comportements liés à l'expression de la masculinité de la part des hommes sans-abri (comme l'agressivité et la répression des émotions) créent un frein à la demande d'aide, en partie puisque ces comportements ne sont pas acceptés dans les milieux de soins. Sept autres ont remarqué que ces mêmes comportements créent des difficultés lors des suivis auxquels ces hommes prennent part. L'homme peut, entre autres, modifier la description qu'il fait de sa situation afin de répondre aux normes mentionnées ci-haut. Comme le souligne Jonathan : *« [...] même quand il ne va pas bien [...] il veut essayer de montrer son meilleur jour, minimiser. On a de très grands comiques qui vont utiliser l'humour, qui vont utiliser la banalisation »*.

Huit répondants ont aussi confié que les services offrent parfois des solutions qui ne sont pas adaptées aux problématiques des hommes qui connaissent l'itinérance. Ces solutions peuvent par exemple ne pas tenir compte du lieu de vie instable de l'homme sans-abri.

Pour leur part, quatre participants ont exprimé que les hommes itinérants ont plus de facilité à faire une demande de soins s'ils savent que la ressource d'hébergement peut les accompagner dans le processus. Que ce soit un accompagnement en personne, ou simplement une référence personnalisée par téléphone. Le fait qu'un intervenant les guide et les soutienne, qu'ils ne soient pas seuls à faire les démarches, diminue les barrières à la demande.

Autant de participants ont souligné qu'ils observaient régulièrement des efforts de la part des professionnels afin de mieux comprendre et s'adapter à la réalité des hommes sans-abri, que ce soit par des attitudes ou par la forme que le service peut prendre (visite dans les centres d'hébergement, dans les centres communautaires ou dans les bureaux d'un service de travail de rue des infirmières et des psychiatres par exemple). Les intervenants ont en effet remarqué que des professionnels étaient plus tolérants envers certains comportements de la part des hommes sans-abri, voyant les demandes qui se cachent derrière ces comportements et qu'ils adaptaient leurs recommandations et leur traitement à la situation de vie de ces hommes.

5.14 PERCEPTION DES PROFESSIONNELS À L'ÉGARD DES HOMMES SANS-ABRI

Presque tous les intervenants questionnés (n=9) ont mentionné avoir été témoins de situations où un ou des professionnels de la santé véhiculaient des préjugés importants envers les hommes sans-abri. Trois d'entre eux ont cité les urgences des hôpitaux comme un lieu où ce phénomène est fréquemment observé. Jonathan témoigne de ses expériences dans les urgences : *« je l'ai vécu professionnellement d'accompagner des gens qui n'ont même pas pu ouvrir la bouche pour dire qu'est-ce qu'ils voulaient et ils se faisaient refuser les services d'emblée »*.

Plus de la moitié des personnes interrogées affirment qu'il leur est arrivé d'entendre des professionnels de la santé qualifier les soins offerts aux hommes sans-abri de perte de temps pour leur service, cette clientèle étant vue comme étant particulièrement difficile. Autant d'intervenants soutiennent qu'ils ont été témoins de situations où ces mêmes professionnels affirmaient explicitement ou implicitement ne pas croire à la volonté ou à la capacité des hommes sans-abri de changer leur situation. Stacy rapporte les propos de certains professionnels : *« anyway, la personne va continuer de consommer, va continuer à ne pas prendre soin nécessairement de sa santé et qu'eux ils vont travailler pour rien... »*.

Malgré les difficultés rencontrées, la majorité des répondants (n=6) a tout de même souligné que plusieurs professionnels de la santé ont une vision juste et effectuent des interventions adaptées à la réalité multiproblématique que vivent les hommes sans-abri, entre autres, en décodant mieux les manifestations masculines de la souffrance ou en prenant plus de temps avec eux. Sur ce dernier point, Stacy témoigne que : *« on a rencontré des perles au niveau médical [...] La semaine dernière, mon collègue a accompagné quelqu'un [avec qui] le médecin de famille a pris deux heures »*. Certains participants ont même mentionné que selon leurs observations, cette tendance à l'adaptation des services aux besoins des hommes sans-abri était à la hausse.

CHAPITRE 6

DISCUSSION DES RÉSULTATS

Ce chapitre présente l'analyse des résultats et les discute en fonction de la littérature scientifique pertinente et du cadre conceptuel. Un retour sera effectué sur les principaux objectifs de la présente maîtrise, suivi d'un survol des principales forces et faiblesses de la présente étude pour conclure avec les perspectives de recherche et les retombées potentielles pour la pratique du travail social des résultats obtenus.

6.1 RETOUR SUR LES OBJECTIFS DE LA MAÎTRISE

Cette recherche a comme objectif principal d'explorer les perceptions des intervenants des centres d'hébergement provisoire quant aux liens que les hommes fréquentant leurs ressources entretiennent avec les services de santé et les services sociaux présents dans leur environnement. Pour atteindre ce but, trois objectifs spécifiques ont été identifiés.

Dans un **premier** temps, l'étude vise à identifier ce que les intervenants perçoivent généralement des hommes sans-abri et de leurs problématiques biopsychosociales.

En **second** lieu, toujours du point de vue des intervenants qui les côtoient, nous avons examiné les perceptions des services de santé et des services sociaux que consultent les hommes sans-abri.

Dans un **troisième** temps, la présente recherche étudie ce que les intervenants perçoivent de la relation que les hommes sans-abri entretiennent avec les

professionnels de la santé et des services sociaux qu'ils fréquentent dans leur environnement.

6.1.1 PERCEPTION DES INTERVENANTS DES RESSOURCES D'HÉBERGEMENT DES HOMMES SANS-ABRIS ET DE LEURS PROBLÉMATIQUES BIOPSYCHOSOCIALES

Dans la présente section, nous nous intéressons, d'un point de vue bioécologique, à l'ontosystème et au chronosystème. Nous nous basons sur les observations des intervenants des ressources d'hébergement afin de brosser un portrait de la situation des hommes et de leur situation de vie au moment où ils les rencontrent. Ces constats seront par la suite mis en lien avec des caractéristiques des autres sous-systèmes (microsystème, mésosystème, exosystème et macrosystème) pour comprendre le mieux possible les dynamiques en cause. Nous voyons aussi quelques éléments importants du positionnement de ces hommes par rapport aux classes sociales et celles de la masculinité.

Les professionnels rencontrés dans le cadre de cette étude ont soutenu, en accord avec les écrits de Roy (2007), que les hommes itinérants ont des situations de vie complexes et qu'il est difficile de définir celles-ci simplement. Plusieurs parlaient du passé difficile de ces derniers qui se rapporte à ce que le Homeless Hub (2013) définit comme des trajectoires de vies « ni linéaires ni uniformes ». Ces constats confirment que les hommes sans-abri côtoyés par les intervenants questionnés ont des histoires de vie similaires à celles rapportées par les autres chercheurs (Roy et Tremblay, 2009; Sullivan, Burnam, Koegel et Hollenberg, 2000; Turchetto, 2012). Certains répondants ont également soutenu que les liens sociaux de ces hommes étaient faibles et que ces derniers étaient marginalisés, ce qui s'accorde avec la définition du CHRN (2012) comme quoi un ensemble de facteurs sociétaux, entre autres, et la discrimination sont impliqués dans les situations d'itinérance, puisque celle-ci ne peut se limiter à l'absence de logement, mais implique une notion d'exclusion sociale. Aux yeux des intervenants, dans une approche structurelle, ces hommes se retrouvent donc

exclus des classes dominantes, se retrouvant en défaut par rapport aux normes véhiculées dans le macrosystème. La définition du CHRN (2012) souligne donc le côté multifactoriel de l'itinérance en nommant lesdits facteurs sociétaux comme étant les enjeux financiers, mentaux, cognitifs, physiques et de comportement avec lesquels ces personnes doivent composer en plus de l'absence de logement. Ces situations de vie complexes et souvent multiproblématiques rapportées par les intervenants interrogés ont des impacts importants sur le fonctionnement général des hommes itinérants, incluant les démarches qu'ils font auprès des services de santé et des services sociaux, phénomène observé par les répondants. Cette dynamique sera abordée plus en détail dans une partie subséquente portant spécifiquement sur les trajectoires qu'empruntent des hommes sans-abri lors de leurs demandes de soins et lors de leurs traitements.

En fonction des réponses apportées par les intervenants à la question de savoir à quelles normes de la masculinité les hommes sans-abri fréquentant leurs ressources adhèrent, il semble clair qu'en tant que groupe, c'est au modèle de masculinité traditionnelle telle que décrite par Bizot (2011) qu'ils s'identifient. « [Le] modèle de la rudesse et du stoïcisme qui prescrit à l'homme fort et imperturbable de réprimer ses émotions et de rester silencieux quant à ses peines et ses douleurs » (Bizot, 2011 : 142). En effet, selon les répondants, les hommes itinérants valorisent des caractéristiques comme la force, l'autonomie, la répression des émotions pour ne pas être jugés faibles, etc. Les professionnels interrogés parlent de ce groupe avec beaucoup de nuances par contre, et plusieurs mentionnent qu'il n'est pas complètement homogène, une observation qui est conforme à ce que Galdas, Cheater et Marshall (2005) mettent en évidence dans leur recherche, à savoir que les « hommes » ne sont pas un groupe homogène pouvant être comparé sans nuances aux « femmes » qui composent elles aussi un groupe présentant certaines tendances, mais dans lequel aucune règle précise ne régit tous les individus. Le fait que les hommes sans-abri adhèrent de manière générale à une masculinité davantage traditionnelle concorde avec les conclusions de Dupéré et ses collègues (2016) qui ont observé que les hommes qui vivent en situation de pauvreté ont plus tendance à vivre leur masculinité de cette manière que les hommes plus fortunés. Par le fait même, les hommes sans-abri s'inscrivent également dans une

logique de hiérarchisation des masculinités telle que présentée dans le chapitre 3. Hiérarchie dans laquelle ils n'appartiennent cependant pas à la classe dominante.

Les conflits de rôles de genre que soulève O'Neil (2008) en raison de l'incapacité des hommes en situation de pauvreté d'atteindre certains idéaux de la masculinité hégémonique (entre autres la richesse, le prestige et le pouvoir, tels qu'identifiés par Courtenay [2009]) peuvent quant à eux être à l'origine des comportements de démonstration, de séduction et des manifestations verbales d'adhésion à la norme masculine observés par les répondants de la présente étude. Les hommes utilisent donc ces démonstrations des attributs traditionnels de la masculinité afin de se distinguer dans « l'arène de la masculinité » et ainsi éviter d'être relayés à la masculinité marginalisée ou subordonnée. Ces comportements reflèteraient la perception que les hommes qui fréquentent les ressources ont de la norme masculine ambiante, cette dernière étant sujette à interprétation (Mahalik, Burns et Syzdek, 2007). En effet, comme la norme est implicite et que son décodage se fait au travers des interactions avec les membres du groupe, plusieurs distorsions peuvent exister entre les croyances des membres du groupe, leur manière de les exprimer à travers leurs gestes et leurs paroles et l'analyse qu'en font les autres membres du groupe. Dans le cas des hommes sans-abri, leurs comportements exprimeraient donc un désir de la part des hommes de démontrer leur atteinte des standards liés à la norme telle qu'ils la perçoivent et leur désir de s'intégrer dans le groupe y adhérant.

Les intervenants interrogés soutiennent, tout comme plusieurs auteurs (Baggett *et al.*, 2010; Dupéré, O'Neil et De Konink, 2012; Folsom *et al.*, 2005; Martins, 2008) que les hommes sans-abri ont tendance à utiliser beaucoup plus les services d'urgence que les services de prévention. Plusieurs d'entre eux font l'hypothèse qu'il existe un lien entre cet état de fait et les normes masculines auxquelles les hommes qu'ils côtoient adhèrent. Il est intéressant de noter que la tendance relevée par certains répondants selon laquelle des hommes organisent leur vie de manière à contourner certaines de leurs problématiques plutôt qu'à les résoudre concorde avec

les constats de plusieurs chercheurs. Comme Dupéré et ses collègues (2012) le mentionnent, les intervenants questionnés soulignent notamment que les hommes ne prennent pas le temps d'effectuer des démarches préventives parce qu'ils utilisent leur temps et leurs ressources pour satisfaire leurs besoins de base, ce qui a été également observé dans la population itinérante par Nickasch et Marnocha (2009) ainsi que par Martins (2008).

Pour en revenir au diktat des normes masculines traditionnelles, ce dernier a aussi un impact sur la demande d'aide des hommes sans-abri. Plusieurs auteurs (Addhis et Mahalik, 2003; Courtenay, 2009; De Visser et McDonnel, 2013; Dupéré, O'Neil et De Konink, 2012; Galdas, Cheater et Marshall, 2005; Turchetto, 2012; Möller-Leimkühler, 2002) rapportent que les idées de force, surtout physique, et la restriction des émotions ont pour effet de refréner l'expression de la douleur somatique et de la souffrance psychique. Cela fait donc en sorte que les hommes, plus que les femmes, ont tendance à arriver dans les services souvent « au bout du rouleau », en situation de crise, et ne sont pas en situation de se retrouver sur une liste d'attente (Dulac, 2001; Tremblay *et al.*, 2016). En plus de cette réalité qui les amène à utiliser les services d'urgence plus que les services de prévention, les observations des intervenants rejoignent celles de Dupéré, O'Neil et De Konink (2012) et de Martins (2008) qui constatent que la présence de troubles concomitants augmente fortement la tendance des hommes en situation d'itinérance à utiliser ce type de service. Une intervenante donnait l'exemple d'hommes qui ne consultent pas pour des problèmes de santé mentale puisqu'ils ont également une consommation d'alcool ou de drogue problématique. Selon elle, cette consommation n'est pas tolérée par les professionnels en santé mentale. Et, sans accompagnement adéquat pour leur trouble de santé mentale, celui-ci peut se dégrader et les amener à l'urgence, en situation de crise. C'est donc un frein de plus aux traitements préventifs qui s'ajoute aux enjeux liés à sa masculinité et à la priorisation de la satisfaction de ses besoins de base. Comme Dupéré, O'Neil et De Konink (2012) l'apportent aussi, l'accumulation de problématiques peut créer une situation de vie désorganisée qui fait en sorte que les hommes ne cherchent pas d'aide

lorsqu'ils constatent un problème, mais plutôt lors ce que celui-ci, devenu envahissant, compromet leur fonctionnement social.

Les répondants de la présente recherche considèrent donc que l'ontosystème des hommes sans-abri comporte généralement une valorisation des normes de masculinités hégémoniques, qu'ils sont incapables d'atteindre, en plus d'une accumulation de plusieurs difficultés personnelles acquises tout au long d'un parcours complexe et sinueux dans leur chronosystème. Ils identifient également que, structurellement, en raison de leur incapacité à répondre aux normes liées au succès professionnel et à la richesse matérielle entre autres, ces hommes appartiennent à des classes sociale et de masculinité inférieures, souvent opprimé et disposant de peu de privilèges.

6.1.2 PERCEPTIONS, SELON LES INTERVENANTS, DES SERVICES DE SANTÉ, DES SERVICES SOCIAUX ET DES PROFESSIONNELS FRÉQUENTÉS PAR LES HOMMES ITINÉRANTS

Cette seconde section s'intéresse aux microsystèmes présents dans la vie des hommes sans-abri et les liens qu'ils entretiennent avec ceux-ci. La nature de ces liens influence les différents processus dans lesquels les hommes s'inscrivent et les finalités qui en résultent. D'un point de vue structurel, nous pouvons observer comment les comportements que les hommes en situation d'itinérance emploient pour tenter de répondre aux normes de masculinités ambiantes affectent ces mêmes processus et leurs finalités.

Le constat de l'écart existant entre les besoins tels qu'observés par les professionnels de la santé et de services sociaux et ceux mentionnés par les hommes sans-abri semble similaire à celui identifié par plusieurs auteurs. Par exemple, bien qu'on sache que les personnes vivant de l'itinérance sont proportionnellement surreprésentées dans les services d'urgence en santé mentale (Roseneck et Lam, 1997), l'évaluation qu'ils font de leurs besoins dans ce domaine reste faible (Poirier, Bonin,

Lesage et Reinharz, 2000). Les hommes auraient en effet tendance à mentionner plus facilement leurs problèmes physiques et à taire leurs souffrances moins tangibles telles que la dépression. Cette mise à distance de la douleur psychique qui peut s'apparenter à une forme de déni ou à une priorisation des urgences explique certaines tensions entre eux et les professionnels qu'ils consultent puisque la demande de soin des premiers ne correspond pas aux observations cliniques des seconds. Par conséquent, les traitements proposés ne répondent pas aux besoins exprimés par les hommes sans-abri, ce qui rejoint les conclusions de Dupéré, O'Neil et De Koninck (2012). Les visites dans les services sont donc décevantes pour eux puisqu'on leur offre une solution à un problème qu'ils ne reconnaissent pas avoir ou encore qu'ils ne désirent pas traiter en priorité, une dynamique également observée par Ogden et Avades (2011). La solution peut être inadéquate par rapport aux besoins perçus par les hommes sans-abri, mais surtout, elle peut être inappropriée en regard de ce qu'implique l'itinérance dans la vie de ces personnes. Toujours dans les travaux d'Ogden et Avades (2011), les services offerts sont qualifiés de « trop rigides » par les personnes sans-abri. Les professionnels qui leur prescrivent des traitements comme ils le font à des individus qui disposent d'un domicile fixe peuvent percevoir l'incapacité du patient à les suivre comme de la mauvaise volonté, alors que cette difficulté est plutôt reliée à l'environnement très précaire dans lequel il évolue et la nécessité pour lui de satisfaire ses besoins de base avant de se consacrer à un traitement (Dupere, O'Neill et De Koninck, 2012; Martins, 2008; Nickasch et Marnocha, 2009). Il s'agit de l'une des raisons qui font en sorte que plusieurs intervenants questionnés prétendent que les professionnels de la santé et de services sociaux ne comprennent pas la réalité des hommes sans-abri.

La différence, également rapportée par Poirier, Bonin, Lesage et Reinharz (2000), entre la perception que les hommes sans-abri ont de leurs propres besoins et l'analyse qui en est faite par les professionnels de la santé et des services sociaux peut être influencée par la norme masculine (Addis et Mahalik, 2003; Bizot, Moisan et Viens, 2013; Courtenay, 2009; de Visser et McDonnell, 2013; Galdas, Cheater et Marshall, 2005; Gough, 2006; Möller-Leimkühler, 2002; O'Brien, Hunt et Hart, 2005; Turchetto, 2012). De manière consciente ou inconsciente, l'expression des

besoins peut être modulée en fonction de cette norme (de Visser et McDonnell, 2013; Gough, 2006). En effet, les intervenants rencontrés dans le cadre de la présente étude s'accordent avec ces auteurs pour dire que les réponses offertes dans les services renvoient les hommes qui consultent à leur propre vulnérabilité. En exposant leur faiblesse et en attendant d'eux qu'ils expriment leurs émotions, les professionnels de la santé et de services sociaux confrontent sans le vouloir les hommes dans les normes de la masculinité auxquelles ils adhèrent (force et restriction des émotions). Dès lors, il devient difficile pour eux de préserver leur masculinité, se sentant confiné à une classe inférieure de masculinité. Ces réponses peuvent aussi être perçues très négativement par les hommes en situation d'itinérance quand ils tentent d'obtenir des soins. La déception face à la réponse des services peut également provenir de la priorisation différente des enjeux. En effet, autant la littérature (Dupéré *et al.* 2012) que les intervenants interrogés soutiennent que même lorsqu'ils vivent des problèmes de santé importants, la satisfaction de leurs besoins de base reste souvent prioritaire pour les hommes en situation d'itinérance et demeure souvent au centre de leurs demandes de soin. De plus, dans un contexte de précarité économique, l'incertitude financière prévaudrait souvent sur les problèmes de santé qu'ils vivent (Dumas et Gagnon, 2012). Entre temps, à défaut de consulter, ils essaieraient de contrôler leur corps et de faire fi des douleurs ressenties. Cela serait d'autant plus vrai que certains rapportent avoir connu de mauvaises expériences de consultation et s'être sentis rejetés par les intervenants, c'est le cas notamment des hommes pauvres qui vivent en situation d'itinérance (Turchetto 2012).

Dupéré et ses collègues (2011, 2012), Tremblay et ses collaborateurs (2016) ainsi que Nickash et Marnocha (2009) font le constat que les hommes en situation de pauvreté se sentent jugés et marginalisés lors de leurs visites dans les services de santé et les services sociaux, fait également rapporté par les répondants de la présente étude.

[...] Lorsque les personnes en situation de pauvreté consultent, elles n'obtiennent pas nécessairement une aide répondant à leurs besoins. [...] Elles vivent des expériences négatives avec les services de santé et les services sociaux : elles se sentent souvent incomprises, méprisées, jugées, stigmatisées et dévalorisées. (Tremblay *et al.*, 2016 : 7)

Les intervenants ont mentionné que les expériences négatives passées constituaient une barrière aux demandes de soins. Dupéré et ses collègues (2016) rapportent également que les agissements des professionnels de la santé et des services sociaux qui sont à l'origine de ces expériences négatives au cours desquelles les personnes en situation d'itinérance se sentent « incomprises, méprisées, jugées, stigmatisées et dévalorisées » pourraient avoir comme impact d'aggraver les situations qu'elles vivent et renforceraient les iniquités en santé en les amenant à repousser leurs consultations futures, de peur de revivre une expérience désagréable. Leur situation se verrait donc aggravée par des périodes d'incapacité prolongées en raison de l'absence de soins, ce qui aurait comme effet de les maintenir dans la pauvreté (Dupéré 2011; Malenfant, Lévesque, Jetté et White 2004).

Toujours selon Dupéré, O'Neil et De Koninck (2011) et Nickasch et Marnocha (2009), ce rejet est amplifié par le jugement que les professionnels de la santé et des services sociaux portent à l'endroit des hommes sans-abri. Dans ces deux recherches, les hommes en situation d'itinérance mentionnent clairement vivre beaucoup de frustration à force de se voir coller des étiquettes de « paresseux » et de « passifs ». Dupéré, O'Neil et De Koninck (2011) spécifie que les caractéristiques qui sont véhiculées dans ces jugements toucheraient une corde sensible chez les hommes en situation d'itinérance puisqu'elles ne correspondent pas à la représentation qu'ils se font de la masculinité, centrée sur l'action et la productivité, ce qui viendrait par conséquent les confronter dans leur identité de genre.

Plusieurs intervenants ont souligné que les services de santé et les services sociaux ont tendance à tenir compte de ces facteurs lorsqu'ils utilisent des approches qui sortent des limites habituelles des interventions « classiques » en vue d'aller à la rencontre des populations qui ont un accès plus difficile aux soins ou aux services (*outreach* ou approche proactive). Ces approches permettent aux professionnels de rencontrer les hommes dans leurs milieux et ainsi, en dehors du contexte de l'hôpital

ou des CLSC, de mieux comprendre la situation de ces derniers en observant les différents systèmes auxquels ils appartiennent et leurs rôles dans ceux-ci. L'accès à des services spécialisés en itinérance comporte une problématique identifiée par Paquette et ses collègues (2008) qui rapportent que les hommes en situation d'itinérance obtiennent souvent des services par le biais de programmes qui ne correspondent qu'à une partie de leur situation (programme en toxicomanie, pour les personnes âgées, etc.). L'accès à un programme qui vise uniquement une partie de leur situation leur permet tout de même d'obtenir des soins, mais ceux-ci ne sont pas complètement adaptés à la réalité de l'itinérance, traitant de manière isolée une des problématiques qu'ils vivent, souvent sans tenir compte de la globalité de leur situation. Les intervenants questionnés soutiennent que la structure des services en approche proactive (*outreach*) convient mieux aux personnes sans-abri comme elle permet à ces hommes d'établir un meilleur contact avec les professionnels. Ce contact se veut plus adéquat puisqu'il se déroule dans un environnement qui n'est pas aussi hostile pour les hommes sans-abri qu'un hôpital ou qu'un CLSC, en plus de permettre aux professionnels qui se déplacent de mieux saisir la réalité de leur patient. L'intervention dans le milieu de vie permet donc de contourner des barrières liées au fait que les hommes sans-abri ne se sentent pas les bienvenus dans les services réguliers puisqu'en plus d'y être souvent mal reçus, ceux-ci sont associés par les hommes au féminin (Courtenay, 2009; Dupéré *et al.* 2012). Cette approche qui a pour objectif d'apporter des soins en dehors du milieu institutionnel et de proposer un accompagnement dans le milieu de vie fait suffisamment la différence pour contrer les résistances liées aux expériences passées négatives vécues dans les institutions de soins habituelles (hôpitaux, CLSC, etc.).

D'un point de vue bioécologique, les liens entretenus avec les services de santé et les services sociaux, qui comptent pour une grande partie des différents sous-systèmes qui composent le microsystème des hommes en situation d'itinérance, sont donc complexes et souvent laborieux. La distance existante entre la demande d'aide des hommes sans-abri, qu'ils adaptent dans leurs discours pour répondre aux pressions structurelles des classes sociale et de masculinité dominantes, et les observations que font les professionnels créent des tensions. D'un côté, avec un discours teinté de la

sorte, les hommes ont souvent de la difficulté à trouver des réponses adéquates à leurs problèmes. D'un autre côté, certaines frustrations naissent chez les professionnels qui perçoivent une distance entre leurs observations et les demandes formulées par ces hommes. Il est par ailleurs souvent difficile pour les professionnels de considérer cette distorsion dans leur analyse de la situation puisqu'ils appartiennent généralement à une classe sociale dominante et qu'ils ne connaissent ni ne comprennent les implications de l'appartenance à une classe inférieure. Nous avons cependant pu observer que certaines approches en intervention, comme l'approche pro-active, permet une meilleure compréhension à la fois des systèmes qui entourent les hommes sans-abri, et de ce qu'implique l'appartenance à une classe sociale inférieure.

6.1.3 LA RELATION ENTRE LES HOMMES SANS-ABRI ET LES PROFESSIONNELS DES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX TELS QUE PERÇUS PAR LES INTERVENANTS

Dans cette troisième section, nous poursuivons notre observation du microsystème, mais cette fois-ci sur la base des observations concernant les intervenants. Nous nous intéressons à leur perspective sur la situation et observons l'impact créé par la distance qui existe entre les classes sociales.

L'accueil dont bénéficient les hommes en situation d'itinérance dans les services de santé et les services sociaux est influencé par plusieurs facteurs. Le jugement des professionnels quant à leur situation de marginalisation sociale a déjà été mentionné comme une barrière importante par les répondants. Ces derniers ont partagé plusieurs préjugés véhiculés dans les centres hospitaliers et dans les autres services. Notamment, certains hommes sans-abri sont conscients qu'ils sont perçus comme une « clientèle difficile ». Ceci fait en sorte que les hommes peuvent arriver dans les services sur la défensive, de peur d'être jugés.

Cette peur, comme les autres abordées plus haut, peut provenir d'expériences personnelles passées ou encore des histoires entendues d'autres hommes. Ce facteur est fortement à considérer puisque selon Addis et Mahalik (2003), les hommes accordent beaucoup d'importance à ce que les autres hommes du groupe dans lequel ils évoluent pensent et expriment. Cette position défensive, renforcée par les idées véhiculées dans les systèmes dans lesquels les hommes sans-abri évoluent, peut exacerber certains comportements liés à la démonstration de masculinité traditionnelle (parler fort, s'imposer physiquement, accomplir des tâches qui nécessitent de la force physique, etc.). Ces comportements auraient comme but, entre autres, de protéger leur image de force et de succès aux yeux des autres membres du groupe. Ils peuvent aussi avoir comme conséquence de pousser les hommes à avoir des comportements perçus comme inadéquats par les professionnels de la santé et des services sociaux. C'est le cas notamment s'ils les exécutent lors de leur demande de soins ou à l'occasion de certains traitements. Qu'ils aient des expériences négatives passées ou non avec les services de santé et les services sociaux, la présente recherche confirme donc que les hommes en situation d'itinérance arrivent dans ces services avec une ouverture limitée, ce qui peut créer dès le départ un climat peu propice à l'instauration d'une relation de confiance. Comme le mentionnent les intervenants interrogés, cette attitude défensive est souvent justifiée par des expériences passées négatives. Il n'est pas impossible de penser que les comportements liés à ce type d'attitude peuvent avoir comme des conséquences sur les interactions avec les professionnels qui connaissent relativement peu l'itinérance. Ceux-ci pourraient se montrer moins réceptifs et empathiques puisqu'ils ne comprennent pas lesdits comportements qui peuvent être dès lors interprétés comme étant inadéquats. Les professionnels pourraient, entre autres, mal réagir à un homme qui utilise des comportements agressifs pour exprimer sa douleur pour préserver sa masculinité, phénomène observé par Möller-Leimkühler (2002) chez les hommes à faible revenu (*lower socioeconomic status*).

Le contexte des villes de taille moyenne a également un impact sur la relation existante entre les hommes en situation d'itinérance et les prestataires de services. Les ressources d'hébergements sont souvent dans les villes centrales des régions, mais

couvrent un large territoire. Desgagné (2016) parlait, entre autres, des enjeux des coûts de déplacement liés à l'obtention de certains services, ajoutant un stress supplémentaire aux démarches effectuées. Le même auteur soulignait également l'existence d'un fort esprit de communauté dans les milieux plus ruraux créent une peur de perte d'anonymat chez les demandeurs d'aide. Les villes de taille moyenne étant à mi-chemin entre les grands centres et les communautés rurales, cette crainte pourrait être en jeu dans notre recherche et un examen plus approfondi pourrait compléter les recherches sur l'itinérance effectuées dans les grands centres.

Ces comportements liés aux préceptes de la masculinité traditionnelle sont un point central dans la relation qui existe entre les hommes sans-abri et les professionnels de la santé et des services sociaux. Comme le mentionne Addis et Mahalik (2003), les normes masculines sont contextuelles, ce qui a été confirmé par les répondants. Les hommes expriment donc leur masculinité de manière différente en grand groupe et en intervention individuelle (Addis et Mahalik, 2003; Courtenay, 2009). Pour que l'attitude défensive « tombe » et que les hommes se permettent de déroger aux normes de la masculinité hégémonique quand ils reçoivent des soins, il est nécessaire d'établir un lien de confiance. En cas de doute, par peur d'être jugés quant à leur niveau de masculinité (O'Neil, 2008), les hommes seront tentés de se conformer aux normes plus prescriptives et restrictives de la masculinité hégémonique et ils chercheront à démontrer leur force, leur invulnérabilité, etc. (Tremblay, Thibeault, Fonséca et Lapoite-Goupil, 2004). Selon les intervenants interrogés, la relation de confiance qu'ils développent avec certains hommes leur permet de contourner les normes plus strictes associées à la masculinité traditionnelle qui nuisent aux processus d'intervention comme la répression des émotions. Le lien de proximité qu'ils tissent avec eux permet de conforter les hommes sans-abri dans leur identité masculine et de faire en sorte que ceux-ci ne se sentent pas dans l'obligation de la démontrer de façon ostentatoire en intervention, ce qu'ils ont tendance à faire dans d'autres contextes de soin (Dupéré *et al.*, 2016; Möller-Leimkühler, 2002; Roy et Tremblay, 2009). Les intervenants accompagnent donc les hommes dans la réévaluation de la norme spécifique au contexte d'intervention, afin que ceux-ci n'aient plus le besoin de manifester des

comportements liés à la masculinité traditionnelle pour renforcer leur image masculine. De cette manière, ils font tomber les mécanismes de protection qui pourraient rendre leur intervention moins efficace.

Certains auteurs, comme Nickasch et Marnocha (2009) estiment que la médecine hospitalière privilégie une approche centrée sur la productivité et encourage par conséquent les professionnels à faire des traitements rapides centrés sur le problème plutôt que sur la personne. Cette approche peut être appropriée à plusieurs égards. Mais d'un point de vue systémique, cela influence la nature interactions entre les hommes sans-abri et les professionnels et a donc un impact sur le lien entre l'individu et ce système. Cette situation empêche souvent le personnel soignant de créer cette relation significative nécessaire au désamorçage des mécanismes de défense liés aux normes de la masculinité hégémonique. Cette situation a d'ailleurs été mentionnée par les intervenants rencontrés qui rapportent que les hommes sans-abri trouvent que les professionnels les accueillent mal et qu'ils ne manifestent pas d'intérêt pour leur situation. C'est donc dire que de se centrer sur un problème spécifique comme un trouble de santé ou la consommation de drogue, sans prendre le temps de créer une relation de confiance, pourrait empêcher les professionnels de traiter ledit problème, puisque l'homme pourrait ne pas adhérer au traitement. La masculinité influence également le lien existant entre ces hommes et les professionnels sur le plan de la communication, une observation que partageaient les répondants. Comme le soutenait Gough (2006), le langage de la souffrance masculine ne concorde pas avec les codes de bonne conduite en vigueur dans les hôpitaux ou les CLSC. Notamment, des politiques concernant l'agressivité sont souvent mises en place dans ces lieux de soins, des comportements pour lesquels il n'y a aucune tolérance. Dans cette situation, il peut être difficile pour un homme plus traditionnel, ce qui est souvent le cas pour les hommes en situation dqualifiése pauvreté ou d'itinérance (Dupéré, O'Neil et De Koninck, 2016), d'exprimer sa douleur au risque de se voir exclu des services dont il a besoin. Les modes d'expression de la souffrance liés à la colère et à l'agressivité (Möller-Leimkühler, 2002) que les hommes en situation d'itinérance utilisent afin de manifester leur adhésion aux normes instaurées par les classes dominantes de

masculinité sont donc d'inadéquats et la création du lien devient impossible, créant un nouveau précédent négatif, autant chez l'homme qui ne se sent ni accueilli ni écouté que chez le professionnel qui perçoit un manque de respect et une dérogation à la politique de non-violence. Le risque que la demande d'aide manifestée de cette manière ne soit pas écoutée avait également été relevé par Roy et Tremblay (2009).

À la distance créée par les comportements de préservation de la masculinité s'ajoute celle créée par la marginalisation inhérente à l'itinérance. Les intervenants interrogés ont décrit le sentiment de marginalisation en mentionnant que les professionnels qui leur répondent semblent déconnectés de la réalité des hommes en situation d'itinérance, ceux-ci ne comprenant pas les enjeux liés à la classe sociale inférieure à laquelle les hommes itinérants appartiennent. Plusieurs auteurs ont également relevé que les hommes se sentent incompris ou que les professionnels des services consultés n'accordent pas d'importance à leur situation (Dupere *et al.*, 2012; Martins, 2008; Nickasch et Marnocha, 2009; Wen, Hudak et Hwang, 2007). Dans ces conditions, l'approche proactive mentionnée plus tôt permet de contourner les barrières inhérentes à l'environnement hospitalier, mais a également un impact important sur le lien entre le professionnel et l'homme itinérant (Adams, 2017; Jackson, Wuillemain et Bodenmann, 2016; Poirier, Bonin, Lesage et Reinharz, 2000). La présence du professionnel dans le milieu de vie a aussi un effet positif sur la vision qu'ont les intervenants de la situation des hommes sans-abri. Lorsqu'un homme visite un centre de traitement des dépendances, par exemple, les professionnels ont tendance à se concentrer sur cet enjeu uniquement, alors que la nouvelle perspective procurée par leur visite dans le milieu de vie de l'homme leur permet d'évaluer plus justement les impacts de celui-ci sur les habitudes de vie de la personne et de faire des liens entre ces dernières et sa consommation de drogue, d'alcool ou de médicaments non prescrits. Par conséquent, l'approche proactive permet aux professionnels de voir la situation des hommes itinérants d'une manière plus globale, rendant l'intervention sur une seule problématique isolée du reste de la situation moins probable. Cette approche répond donc en partie à la problématique soulevée par Paquette et ses collègues (2008) à l'effet

que les personnes sans-abri se retrouvent souvent dans des services qui ne tiennent compte que d'une partie de leur situation.

La relation qui existe entre les hommes sans-abri et les professionnels des différents services de santé et des services sociaux qu'ils fréquentent peut également être affectée par les comportements de ces hommes. Plusieurs répondants ont mentionné que les hommes en situation d'itinérance faisaient parfois des demandes de soins dans l'espoir d'obtenir un gain, ou encore d'éviter une perte. Cette situation implique donc que les hommes entrent dans les services avec un objectif clair en tête et qu'ils ont des attentes précises par rapport à l'issue de la consultation. Ils ne souhaitent pas nécessairement obtenir un diagnostic ou réduire une douleur, mais, par exemple, ils veulent qu'on leur prescrive un médicament précis, qu'on leur trouve un hébergement, ou bien encore, en consultant, ils souhaitent éviter un manquement à leurs conditions de remise en liberté. Dans ces situations, les hommes sans-abri ne sont pas toujours ouverts aux diagnostics qu'ils n'avaient pas anticipés et aux traitements qu'ils ne connaissent pas. Les professionnels qui font face à la demande des hommes qui cherchent à utiliser les services dans le but de faire des gains secondaires, peuvent percevoir cette demande d'aide comme une tentative de profiter du système. Pour les intervenants, cette expérience crée donc un nouveau précédent négatif avec les hommes sans-abri et alimente leurs préjugés vis-à-vis d'eux (par exemple, celui de grands utilisateurs de services qui abusent du système). Ce genre d'expérience peut aussi augmenter le niveau de méfiance des professionnels envers ces hommes et ainsi, nuire à l'instauration d'un lien significatif. Wen, Hudak et Hwang (2007) ont constaté, entre autres, que certaines personnes sans-abri se sentent traitées comme des *freeloader*, c'est-à-dire des personnes qui vivent aux frais des autres ou de l'État, lorsqu'ils effectuent une demande d'aide. Bien que le lien entre cet enjeu et la masculinité n'ait pas été abordé directement dans les questions de recherche, il est possible de penser que ce genre d'attitude de la part des prestataires de soins pourrait affecter les hommes itinérants. Ces derniers auraient tendance à éviter d'utiliser les services afin de préserver leur image d'autonomie, une composante importante de leur masculinité (Connell 1995; de Visser et McDonell, 2013).

Cette relation est donc finalement complexe à plusieurs égards, et pour bien les comprendre, il faut considérer tous les éléments des systèmes. Les enjeux liés à la marginalité des hommes et aux préjugés qui sont véhiculés sur eux non seulement dans la société en générale, mais aussi ceux qui portent plus spécifiquement sur leur utilisation des services de santé et des services sociaux, font obstacle tant à la demande d'aide qu'aux suivis des soins (Dupere *et al.*, 2012; Nickasch et Marnocha, 2009; Wen *et al.*, 2007). Ces préjugés suscitent de la honte chez certains hommes et sont à l'origine de comportements qui nuisent à la création d'un lien de confiance avec les professionnels. C'est d'ailleurs ce type de lien qui, à la lumière de ce qui a été révélé par les intervenants interrogés, permettrait que, dans l'intimité d'un bureau de consultation, les hommes en situation d'itinérance contreviennent aux normes masculines ambiantes et reconnaissent leurs réelles souffrances. Ce constat rejoint celui établi par les répondants de l'étude de Dupéré et de ses collègues (2016). Sans cette relation de confiance, il est difficile pour les hommes d'admettre leurs vulnérabilités en raison des pressions liées à la socialisation masculine (Connell, 1995). Ce lien est également nécessaire pour que les hommes sans-abri s'ouvrent sur leur situation. Ouverture qui est à son tour une condition essentielle à la mise en place de traitements adéquats. Bien que l'établissement de ce lien puisse être facilité par les mesures comme les références personnalisées et l'approche proactive, un changement global durable (soit une adaptation à la réalité masculine et itinérante entre autres en adaptant l'accueil la prise de contact, les échanges, etc.) est probablement nécessaire pour désamorcer les tensions existantes entre ces hommes et le réseau de la santé et des services sociaux. Les expériences négatives que vivent régulièrement les hommes sans-abri dans les services continuent d'avoir des conséquences désastreuses sur leur état de santé et sur leur recours aux soins, malgré une vision plus nuancée de l'itinérance chez les professionnels qui occasionnent certaines expériences positives. À ce propos, Dupéré et ses collègues (2016) soulignent que : « des services sociaux et de santé inadéquats pourraient allonger les périodes d'incapacités de ces personnes et ainsi contribuer à les maintenir en situation de pauvreté [...] Ces expériences négatives expliqueraient, en partie, les cas de non-recours aux services » (p.105).

En plus de l'importance des enjeux structurels de masculinité et de classes sociales abordés dans la section précédente, les informations qui viennent d'être exposées mettent l'accent sur le chronosystème et son influence sur le lien qui existe entre les hommes en situation d'itinérance et les sous-systèmes des services de santé et des services sociaux. En effet, les expériences passées (principalement les négatives, dans le cas présent) influencent les comportements de ces hommes et ont les conséquences discutées plus haut (besoin plus fréquent de soins d'urgence, attitude défensive suscitant des réactions d'incompréhension de la part des professionnels, etc.). Le chronosystème influence aussi les comportements des hommes selon différentes considérations temporelles comme la durée des périodes pendant lesquelles ils ont de la difficulté à satisfaire leurs besoins de base, la durée des périodes pendant lesquelles ils endurent des souffrances physiques et psychologiques et, pour certains, le temps écoulé depuis leur dernière consommation.

6.2 FORCES ET LIMITES DE LA PRÉSENTE RECHERCHE

Chaque recherche présente un ensemble de facteurs qui la différencie des autres et qui augmente sa pertinence scientifique. Il est cependant important pour les chercheurs d'être critiques face à leur propre travail et de reconnaître où se situent les limites de leur démarche. Cette section décrit les points forts et les limites de la présente recherche.

6.2.1 FORCES DE LA RECHERCHE

Les informations obtenues dans le cadre de cette recherche contribuent à l'avancement des connaissances en ce qui a trait à la manière dont les hommes sans-abri recourent aux soins et vivent cette expérience. En interrogeant les intervenants de trois ressources d'hébergements réparties dans trois régions administratives différentes et présentant chacune des réalités propres, nous avons constitué un échantillon

diversifié de professionnels qui parlent d'hommes en situation d'itinérance avec des profils, des histoires et des problématiques variées. Le grand territoire couvert permet donc d'assurer une diversité intéressante dans le cadre d'un travail de recherche où la taille de l'échantillon est somme toute limitée (n=10).

La présente recherche se veut aussi un regard sur l'itinérance dans un contexte qui n'est pas souvent observé. Tel que mentionné dans la recension des écrits scientifiques, la plupart des études portant sur les relations entre les hommes itinérants et les services de santé ou les services sociaux, ou même sur le vécu de ces mêmes hommes sont réalisées généralement dans des métropoles ou des grands centres urbains. La perspective offerte par un regard sur l'itinérance dans les villes de taille moyenne permet d'étudier un contexte d'itinérance qui l'a rarement été.

Finalement, les intervenants, par leur expérience et leurs contacts avec plusieurs hommes itinérants, sont des acteurs-clé pour la compréhension des réalités masculines en contexte d'itinérance. Dans le cadre de cette recherche, ceux-ci représentent une source d'informations sur l'ensemble des hommes qui fréquentent ou qui ont fréquenté leurs ressources. Bien que cette méthode comporte des inconvénients qui seront abordés dans le prochain point, il s'agit d'un moyen efficace d'obtenir un portrait global de la population itinérante de chaque ville sans avoir besoin d'un aussi gros itinérant que si les hommes itinérants étaient interrogés directement.

6.2.2 LIMITES DE LA RECHERCHE

Les limites inhérentes aux ressources disponibles dans le cadre d'une maîtrise sont nombreuses. Bien que la méthodologie soit pensée pour diminuer leur impact au maximum, certaines persistent et doivent être mentionnées.

L'échantillon relativement faible de la présente recherche constitue la première limite. Une dizaine d'intervenants seulement a été rencontrée. L'objectif initial était d'en rencontrer 12, mais dans une des ressources, seulement deux intervenants ont pu être libérés pour répondre à nos questions.

Il est également nécessaire de souligner que, bien que d'interroger les intervenants nous permet d'avoir des informations sur les parcours de plusieurs hommes itinérants à la fois, tel qu'abordé dans la section précédente, cette manière de procéder implique que les faits rapportés sont teintés de la perception et de l'interprétation qu'en font les intervenants questionnés. Afin de bien comprendre la réalité des hommes itinérants, nous sommes donc restés prudents face aux différentes interprétations possibles dans les propos des intervenants qui décrivent leurs situations. Parmi les facteurs qui peuvent influencer cette interprétation, il y a évidemment le phénomène de désirabilité sociale. Les intervenants ont pu altérer certaines de leurs réflexions en raison du fait qu'ils les partageaient avec un étudiant à la maîtrise ayant évolué pendant plusieurs années dans le même domaine professionnel en tant que coordonnateur clinique d'un centre d'hébergement et que, par conséquent, ils voulaient bien paraître à ses yeux de peur d'être jugés. Nonobstant ce risque d'avoir obtenu des réponses biaisées par la désirabilité sociale, le chercheur a pu apprécier que les intervenants aient fait montre d'une rigueur professionnelle et d'un sens éthique qui a permis de limiter les effets de ce biais.

6.3 AVENUES ET PERSPECTIVES DE RECHERCHE

Dans une perspective de recherche future, il serait intéressant d'effectuer une étude qui permettrait de comparer la vision qu'ont les intervenants des centres d'hébergement avec celle des professionnels du réseau de la santé et des services sociaux. Ce genre d'étude contribuerait non seulement à faire un parallèle entre leurs visions des hommes sans-abri, mais aussi entre la manière dont ils perçoivent les demandes de soins et les comportements pendant les traitements de ces derniers. Nous

pourrions ainsi dresser un portrait des idées véhiculer concernant les hommes sans-abri dans les différents services et ainsi avoir des outils pour combattre efficacement les préjugés.

Au niveau des trajectoires, il serait pertinent de suivre les parcours d'hommes itinérants dans différents contextes de soins. Comparer un groupe d'hommes en situation d'itinérance présentant des problématiques similaires qui bénéficient des services en approche proactive à un autre groupe qui n'y a pas accès. Dans un même ordre d'idée, on pourrait se pencher sur le vécu d'hommes ayant eu un accès simplifié au système de santé à partir d'une référence effectuée par une ressource et le comparer à ce que vivent les hommes lorsqu'ils doivent effectuer leur demande de manière autonome, par les accès conventionnels. Ces comparaisons permettraient d'identifier et de quantifier les différences qui existent entre ces différents parcours.

Dans une optique plus qualitative, il serait finalement approprié d'effectuer davantage de recherche auprès des hommes itinérants qui ont expérimenté les approches novatrices et identifiées comme positives par les intervenants afin d'obtenir leur point de vue sur les soins qu'ils ont reçus et, s'ils ont eu des expériences antérieures, comment les nouveaux parcours s'y comparent, en termes de processus et de résultats. Les réponses pourraient, entre autres, faire ressortir les points qui ont eu un impact positif significatif chez ces hommes et permettrait de s'assurer de la répétition de ces stratégies gagnantes dans les différents services.

6.4 RETOMBÉES POTENTIELLES POUR LA PRATIQUE DU TRAVAIL SOCIAL

Les nouvelles connaissances produites dans le cadre de la présente recherche, ainsi que celles que cette dernière a permis de consolider, brossent un portrait d'une relation avec les services de santé et des services sociaux décrite comme difficile par

les intervenants interrogés. Ces résultats permettront aux professionnels d'avoir une idée plus précise du bagage potentiel que les hommes sans-abri portent lorsqu'ils arrivent dans leurs ressources en ce qui a trait à cette relation. À la lumière de ces informations, ils pourront, d'abord en amont, préparer plus adéquatement les hommes auprès desquels ils travaillent au parcours qui les attend et aborder rapidement avec eux les barrières potentielles qu'ils rencontreront éventuellement en sollicitant les services. Les intervenants, les coordonnateurs et les directions de ces ressources auront également la possibilité de développer des ententes et des partenariats qui leur permettront d'établir des trajectoires de soins simplifiés qui, comme la présente recherche a permis de le démontrer, améliorent l'adhésion aux suivis et les chances de réussite des traitements. Ces trajectoires feront aussi en sorte que certains hommes vivent des expériences positives, ce qui favorisera l'accompagnement des intervenants dans une démarche de réflexion sur leurs appréhensions concernant les services de santé et les services sociaux.

Les travailleurs sociaux des centres hospitaliers pourront également se servir des conclusions de la présente recherche afin de sensibiliser les soignants aux différents enjeux liés à l'intervention auprès d'une clientèle masculine itinérante et à ce que ces derniers impliquent spécifiquement, mais aussi lorsqu'ils s'additionnent. Des formations par rapport à l'accueil de ces personnes devraient, entre autres, grandement améliorer leurs trajectoires dans les services. Au niveau organisationnel, les gestionnaires s'inspireront possiblement des conclusions de cette étude pour créer des dispositifs contribuant à traiter les personnes aux prises avec des problématiques concomitantes comme le sont les hommes sans-abri.

Il est important de souligner que, peu importe les changements qui seront apportés sur le plan des pratiques, autant en ressources d'hébergement qu'en centres hospitaliers, les résultats de telles transformations ne seront mesurables qu'à moyen et long terme. Les barrières à l'accès aux soins avec lesquelles les hommes itinérants doivent composer se sont généralement construites sur de longues périodes, au fil de

plusieurs expériences négatives vécues et en fonction des histoires partagées par d'autres. Ces perceptions et ces croyances semblent bien ancrées et tout porte à croire qu'il faudra beaucoup de travail et d'expériences positives pour inverser la tendance.

CONCLUSION

Il semble clair que, à la lumière des informations obtenues, bien que des améliorations aient eu lieu dans les dernières années et que plusieurs expériences novatrices et efficaces aient été mises en place par les intervenants des ressources d'hébergement et certains professionnels des services de santé et des services sociaux, beaucoup reste à faire. Les spécificités des hommes sans-abri sont nombreuses et nécessitent des interventions adaptées autant dans la forme que sur le fond. Les interventions doivent tenir compte à la fois des enjeux de la masculinité, de la pauvreté matérielle et de la désaffiliation sociale inhérente à la condition d'itinérance. Elles doivent être globales et s'attarder aux interactions des différentes difficultés présentées par les hommes sans-abri et surtout éviter de traiter chaque problématique en silo, ignorant les effets de la comorbidité.

Le constat le plus fort de la présente étude, selon nous, demeure l'incompatibilité existante entre les hommes sans-abri et les services de santé et les services sociaux dans leur forme actuelle. En effet, nous avons constaté que la proximité dont disposent les intervenants des ressources d'hébergement des villes de taille moyenne avec les hommes sans-abri leur permettait de mettre en place des méthodes qui contribuent à contourner ou à minimiser l'impact de la structure desdits services de santé et services sociaux sur ces hommes. C'est donc de dire que ces ressources agissent comme médiateurs entre les hommes sans-abri, qui trouvent que le système ne les accueille pas convenablement et manque d'écoute entre autres, et les intervenants de services de santé et des services sociaux, qui reprochent aux hommes sans-abri de ne pas avoir des comportements adéquats (ou du moins qui répondent aux attentes qu'ils ont envers les bénéficiaires des différents services) lors de leurs demandes de soins et de leurs suivis. L'approche proactive en est probablement le meilleur exemple, créant un contact qui permet de surmonter plus facilement les difficultés exposées plus tôt. Cette incompatibilité a aussi été contournée par les intervenants en construisant des « ponts »

avec certains services, facilitant l'accès des utilisateurs de leur ressource en simplifiant les processus et en faisant des transferts personnalisés qui optimisent le transfert de confiance vers les nouveaux intervenants ou professionnels. Toutefois, bien que ces parcours spéciaux créent certains succès, il semble nécessaire de continuer de travailler sur la forme des services, de l'accueil jusqu'au traitement, pour que ces derniers ne semblent pas aussi répulsifs pour les hommes en situation d'itinérance.

Nous espérons que ces constats trouveront écho autant chez les professionnels que dans la classe politique, afin que les changements positifs continuent de s'opérer à tous les niveaux. Selon nous, les recherches à venir dans le domaine de l'itinérance au masculin devraient disposer de plusieurs avenues qui pourraient s'avérer très aidantes pour la pratique des différents professionnels des services de santé et des services sociaux qui sont en contact avec les hommes sans-abri. Il serait, entre autres, pertinent de développer nos connaissances sur l'ampleur des bienfaits liés aux stratégies identifiées comme efficaces avec ces hommes telles que la facilitation des trajectoires de soins, l'approche pro-active et les références personnalisées. Il serait également fort intéressant d'interroger les hommes qui ont vécu des expériences positives en bénéficiant de ces stratégies afin de vérifier si celles-ci ont eu un impact sur la vision qu'ils ont des services de santé et des services sociaux. Dans une perspective à plus long terme, une recherche permettant de constater les modifications dans les comportements des hommes sans-abri en lien avec leur utilisation des services de santé et des services sociaux après avoir bénéficié de ces stratégies pourrait permettre de mesurer l'ampleur des gains possibles et d'adapter les services en conséquence.

BIBLIOGRAPHIE

- Adams, K. (2017). *Healthcare and homelessness: How can we better service the health.* (Master), Clark University, Worcester, Massachusetts, United-States.
- Addis, M. E., & Cohane, G. H. (2005). Social scientific paradigms of masculinity and their implications for research and practice in men's mental health. *J Clin Psychol*, 61(6), 633-647. Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15732091>. doi:10.1002/jclp.20099
- Addis, M. E., & Mahalik, J. R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American Psychologist*, 58(1), 5-14. doi:10.1037/0003-066x.58.1.5
- Amato, F., & MacDonald, J. (2011). Examining risk factors for homeless men: Gender role conflict, help-seeking behaviors, substance abuse and violence. *The Journal of Men's Studies*, 19(3), 227-235.
- Baggett, T. P., O'Connell, J. J., Singer, D. E., & Rigotti, N. A. (2010). The unmet health care needs of homeless adults: a national study. *Am J Public Health*, 100(7), 1326-1333. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20466953>. doi:10.2105/AJPH.2009.180109
- Becker, M., Diamond, R., & Sainfort, F. (1993). A new patient focused index for measuring quality of life in persons with severe and persistent mental illness. *Quality of life Research*, 2(4), 239-251.
- Bergeron-Leclerc, C., Tremblay, P.-A., Bisson, M., & Maltais-Thériault, C. (2019). Étude sur le phénomène de l'itinérance au Saguenay-Lac-Saint-Jean.
- Bizot, D. (2011). L'apprentissage transformationnel de la masculinité. (Thèse de doctorat), Université de Montréal, Montréal, Québec.
- Bizot, D., Moisan, F., & Viens, P.-A. (2013). *La santé des hommes: Les connaître pour mieux intervenir*: Université du Québec à Chicoutimi.
- Boman, E. K., & Walker, G. A. (2010). Predictors of men's health care utilization. *Psychology of Men & Masculinity*, 11(2), 113.
- Bonin, J.-P., Fournier, L., Blais, R., & Perreault, M. (2005). Utilisation des services par les personnes fréquentant les ressources pour personnes itinérantes de Montréal et de Québec, et atteintes de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie. *Drogues, santé et société*, vol. 4(n° 2), p. 211-248. doi:10.7202/012604ar
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA : Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1992). *Ecological systems theory*. Jessica Kingsley Publishers.

- Brooks, G. R. (1998). *A new psychotherapy for traditional men*: Jossey-Bass San Francisco, CA.
- Ceci, S. J., et Hembrooke, H. A. (1995). « A bioecological model of intellectual development », dans Moen, P., Glen H., Elder, J. et K. Luscher (dir), *Examining lives in context*. American Psychological Association.
- Connell, R. (1995). *Masculinities*. Berkeley. In: University of California press CA.
- Courtenay, W. (2009). Theorising masculinity and men's health. *Men's health: Body, identity and social context*, 9-32.
- Daiski, I. (2007). Perspectives of homeless people on their health and health needs priorities. *J Adv Nurs*, 58(3), 273-281. Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17474916>. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04234.x
- De Visser, R. O., & McDonnell, E. J. (2013). "Man points": masculine capital and young men's health. *Health Psychol*, 32(1), 5-14. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22888820>. doi:10.1037/a0029045
- Desgagnés, J.-Y. (2016). La pauvreté au masculin: de l'autoréalisation de soi à la " Vie Nue". Université Laval, Québec.
- Desgagnés, J.-Y., Dupéré, S., Gaudreau, L., Goma-Gakissa, G., & Vézeau, C. (2016). *Pauvreté et intervention sociale en contexte de ruralité: faits saillants d'une recherche-action participative menée sur le territoire de la MRC des Etchemins* en 2015. Repéré à : <http://semaphore.uqar.ca/1270/>
- Deslauriers, J.-P. (1991). *Recherche qualitative: guide pratique*: McGraw-hill.
- Dulac, G. (2001). *Aider les hommes--aussi*: VLB.
- Dumas, A., & Gagnon, I. (2012). Masculinité, pauvreté et réadaptation cardiaque: Le fardeau des hommes qui occupent des métiers de la route. *Revue de l'Université de Moncton*, 43(1-2), 163-184.
- Dupéré, S., De Koninck, M., & O'Neill, M. (2011). Rouge, jaune, vert... noir: l'expérience de la pauvreté d'hommes du quartier Hochelaga-Maisonneuve à Montréal. *Recherches sociographiques*, 52(2), 255-283.
- Dupéré, S., O'Neill, M., & De Koninck, M. (2012). Why men experiencing deep poverty in Montreal avoid using health and social services in times of crisis. *J Health Care Poor Underserved*, 23(2), 781-796. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22643624>. doi:10.1353/hpu.2012.0071
- Dupéré, S., Roy, J., Desgagnés, J.-Y., Guilmette, D., & Sirois-Marcil, J. (2016). Les hommes à faible revenu et les barrières aux services sociaux et de santé: des défis pour le réseau des services. *Intervention*(143), 103 - 119.

- Drapeau, S. (2008). « L'approche bioécologique du développement humain », dans G. M. Tarabulsky *et al.* (dir.), *L'évaluation psychosociale auprès de familles vulnérables* (pp. 11-31). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Elwell-Sutton, T., Fok, J., Albanese, F., Mathie, H., & Holland, R. (2017). Factors associated with access to care and healthcare utilization in the homeless population of England. *J Public Health (Oxf)*, 39(1), 26-33. Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26896508>. doi:10.1093/pubmed/fdw008
- Emploi et développement social Canada (2018). *Comité consultatif sur l'itinérance – Rapport final*. (978-0-660-26410-3). Ottawa: Gouvernement du Canada
- Emploi et développement social Canada (2018). *Mobilisation sur la Stratégie des partenariats de lutte contre l'itinérance*. (978-0-660-24945-2) Ottawa: Gouvernement du Canada
- Folsom, D.; Hawthorne, W.; Lindamer, L.; Gilmer, T.; Bailey, A.; Golshan, S.; Garcia, P.; Unützer, J.; Hough, R.; Jeste, D.; (2005). homelessness factors of risk and utilization of mental health services. *Am J Psychiatry*, 162(2), 370-376.
- Fournier, L., Chevalier, S., Ostoj, M., Caulet, M., Courtemanche, R., & Plante, N. (1998). Dénombrement de la clientèle itinérante dans les centres d'hébergement, les soupes populaires et les centres de jour des villes de Montréal et de Québec 1996–97. *Santé Québec*, 20.
- Gaetz, S. (2012). *The real cost of homelessness: Can we save money by doing the right thing?* : Homeless Hub.
- Gaetz, S., Barr, C., Friesen, A., Harris, B., Hill, C., Kovacs-Burns, K., . . . Marsolais, A. (2012). *The Canadian Definition of Homelessness. (La Définition canadienne de l'itinérance) Réseau canadien de recherches sur l'itinérance*. Repéré à : https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/docs/GSC4041/F1957919285_definition_Canadienne_de_litinerance.pdf
- Galdas, P. M., Cheater, F., & Marshall, P. (2005). Men and health help-seeking behaviour: literature review. *Journal of advanced nursing*, 49(6), 616-623.
- Gélineau, L., Desgagnés, J.-Y., Gaudreau, L., Fréchette, A., & Morency-Carrier, M.-C. (2018). Pauvreté et intervention sociale en milieu rural: Présentation du dossier. *Nouvelles pratiques sociales*, 30(1).
- Grenier, G., Fleury, M.-J., Imboua, A., & NGui, A. (2013). Portrait et dynamique des organismes desservant les personnes itinérantes ou à risque d'itinérance dans la région de Montréal. *Santé mentale au Québec*, vol. 38(n° 1), p. 119 - 141. doi:10.7202/1019189ar
- Gough, B. (2006). Try to be healthy, but don't forgo your masculinity: Deconstructing men's health discourse in the media. *Social science & medicine*, 63(9), 2476-2488.

- Gouvernement du Québec (2012). *La santé et ses déterminants*. (978-2-550-63957-2). Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
- Gouvernement du Québec (2016). *Politique Gouvernementale de prévention en santé*. (978-2-550-75191-5). Québec: La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux
- Gouvernement du Québec (2019). *Dénombrement des personnes en situation d'itinérance au Québec le 24 avril 2018*. (978-2-550-83710-7). Québec, Canada: Ministère de la santé et des services sociaux
- Governement of the United-States of America (2013). *Guidance on housing individuals and families experiencing homelessness through the Public Housing and Housing Choice Voucher programs*. Washington
- Grimard, C. (2006). *L'accès aux services institutionnels et communautaires: Le discours des personnes en situation d'itinérance*. (Maîtrise), Université du Québec à Montréal, Montréal.
- Gustafsson, L. (2008). Expression of Divers American Homeless Individfuals Cornering Theid Needs of Care and Healthcare.
- Hamilton, C. J., & Mahalik, J. R. (2009). Minority stress, masculinity, and social norms predicting gay men's health risk behaviors. *Journal of Counseling Psychology*, 56(1), 132.
- Hurtubise, R., & Rose, M. (2013). Récits de pratiques et consensus d'expert. Équipes cliniques du projet Chez soi à Montréal. In: Rapport de recherche, Secrétariat des partenaires de lutte à l'itinérance.
- Hwang, S., Chamber, C., Chiu, S., Katic, M., Kiss, A., Redelmeier, D., & Levinson, W. (2013). a comprehensive assement of health care utilisation among homeless adults under a system of universal health insurance. *Research and practice*, 102(s2). doi:10.2105/AJPH.2013.301369
- Institut de la statistique du Québec, D. d. s. s. (2016, 2016). Estimation de la population des municipalités du Québec de 15 000 habitants et plus au 1er juillet des années 1996, 2001, 2006 et 2011 à 2015. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/structure/index.html>
- Jackson, Y., Willemin, T., & Bodenmann, P. (2016). Santé et soins des personnes sans abri. *Rev Med Suisse*, 12.
- Kushel, M. B. (2001). Factors Associated With the Health Care Utilization of Homeless Persons. *Jama*, 285(2), 200. doi:10.1001/jama.285.2.200
- Lapierre, S., & Levesque, J. (2013). 25 ans plus tard... et toujours nécessaires! Les approches structurelles dans le champ de l'intervention sociale. *Reflets: revue d'intervention sociale et communautaire*, 19(1), 38-64.

- Larivière, N., & Corbière, M. (2014). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes: dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*.
- Latimer, É., McGreggo, J., Méthot, C., & Smith, A. (2015). *Dénombrement des personnes en situation d'itinérance à Montréal le 24 mars 2015*. Repéré à https://ville.montreal.qc.ca/pls/portal/docs/PAGE/D_SOCIAL_FR/MEDIA/DOCUMENTS/RAPPORT_DENO
- Lavallé, M. (2017). *Plan d'action ministériel, Santé bien-être des hommes 2017-2022*. (978-2-550-79303-8). Québec: La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux
- Le Gall, J., & Cassan, C. (2010). Le point de vue des hommes immigrés sur leur non-utilisation des services de première ligne. A. Battaglini (Éd.) *Les services sociaux et de santé en contexte pluriethnique*, 191-218.
- Lévesque, J., & Panet-Raymond, J. (1994). L'évolution et la pertinence de l'approche structurelle dans le contexte social actuel. *Service social*, 43(3), 23-39.
- Malenfant, R., Haute-Ville-Des-Rivières, C.-C., & RIPOST, É. d. r. (2004). *Étude de trajectoires liées à la pauvreté*: CLSC-CHSLD Haute-Ville-Des-Rivières.
- Martins, D. C. (2008). Experiences of homeless people in the health care delivery system: a descriptive phenomenological study. *Public Health Nurs*, 25(5), 420-430. Repéré à: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18816359>. doi:10.1111/j.1525-1446.2008.00726.x
- Mayer, R., & Deslauriers, J.-P. (2000). Quelques éléments d'analyse qualitative: l'analyse de contenu, l'analyse ancrée, l'induction analytique et le récit de vie. *Méthodes de recherche en intervention sociale*, 159-189.
- Mayer, R., Ouellet, F., Saint-Jacques, M.-C., & Turcotte, D. (2000). *Méthodes de recherche en intervention sociale*: Boucherville, Québec: G. Morin.
- Miles, M. B., & Huberman, M. A. (2003). *Analyse des données qualitatives*: De Boeck Supérieur.
- Miles, M. B., Huberman, M. A., & Saldaña, J. (2014). Drawing and verifying conclusions. Qualitative data analysis: a methods sourcebook. Thousand Oaks, CA, par: Sage Publications, Inc.
- Miles, M. B., Huberman, M. A., & Saldaña, J. (2014). Qualitative data analysis: A methods sourcebook. Thousand Oaks, California. par: SAGE Publications, Inc.
- Möller-Leimkühler, A. (2002). Barriers to help-seeking by men: a review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *Journal of affective disorders*, 71(1), 1-9.
- Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal (2015). *Jalons d'histoire 1974 - 2015 du RAPSIM*. Montréal.

- Moore, G., Manias, E., & Gerdtz, M. F. (2011). Complex health service needs for people who are homeless. *Aust Health Rev*, 35(4), 480-485. Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22126953>. doi:10.1071/AH10967
- Morse, J. M. (1994). Designing funded qualitative research. *Handbook of qualitative research*, par: SAGE Publications inc. 220-235.
- Nanhou, V., & Audet, N. (2012). *Les comportements à risque pour la santé liés au tabac, à l'alcool, aux drogues et aux jeux de hasard, qui les adoptent, qui les combinent*. Québec: Gouvernement du Québec
- National coalition for the homeless. (2009). How Many People Experience Homelessness? Repéré à http://www.nationalhomeless.org/factsheets/How_Many.html
- Nickasch, B., & Marnocha, S. K. (2009). Healthcare experiences of the homeless. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 21(1), 39-46. Repéré à <http://sbiproxy.uqac.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010153759&lang=fr&site=ehost-live>
- O'Brien, R., Hunt, K., & Hart, G. (2005). 'It's caveman stuff, but that is to a certain extent how guys still operate': men's accounts of masculinity and help seeking. *Soc Sci Med*, 61(3), 503-516. Repéré à: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15899311>. doi:10.1016/j.socscimed.2004.12.008
- Ogden, J., & Avades, T. (2011). Being homeless and the use and nonuse of services: a qualitative study. *Journal of Community Psychology*, 39(4), 499-505. doi:10.1002/jcop.20433
- O'Neil, J. M. (2008). Summarizing 25 Years of Research on Men's Gender Role Conflict Using the Gender Role Conflict Scale. *The Counseling Psychologist*, 36(3), 358-445. doi:10.1177/0011000008317057
- Paillé, P. (1991). *Procédures systématiques pour l'élaboration d'un guide d'entrevue semi-directive: un modèle et une illustration*. Université de Sherbrooke.
- Paquette, M.-C., Perreault, M., Faulkner, R., & Leduc, M. (2008). *L'itinérance au Québec : cadre de référence*. Québec
- Phelan, M., Slade, M., Thornicroft, G., Dunn, G., Holloway, F., Wykes, T., . . . Hayward, P. (1995). The Camberwell Assessment of Need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 167(5), 589-595.
- Pleck, J. H. (1995). The gender role strain paradigm: An update.
- Poirier, H., Bonin, J.-P., Lesage, A., & Reinharz, D. (2000). Évaluation de la qualité de vie et des besoins des personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux graves : perceptions d'une équipe itinérance-outreach *Santé mentale au Québec*, vol. 25(n° 2), p. 195-215. doi:10.7202/014459ar

- Reinharz, D., Trépanier, J.-P., Nomegne Fondjié, F., & Burigusa, G. (2006). Analyse organisationnelle de l'offre de services de santé et de services sociaux aux itinérants de la ville de Québec. In d. r. d. s. p. d. l. c. nationale (Ed.), (pp. 60).
- Rosenheck, R., & Lam, J. A. (1997). Barriers to Service Use by Homeless Persons With Serious Mental Illness. *PSYCHIATRIC SERVICES*, 48(3), 387-390.
- Roy, B., & Tremblay, G. (2009). Récit d'un homme en détresse: trajectoire labyrinthique d'un homme en quête d'aide. *Aporia*, 1(1), 41-51.
- Roy, P., & Des Rivières-Pigeon, C. (2011). Je n'ai pas de honte à avoir besoin d'aide : la négociation des normes masculines chez les hommes suicidaires. *Intervention*, (135), 50-60. Montréal : *Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec*.
- RSBEH, Regroupement Santé Bien-Être des Hommes (2018). Sondage auprès des hommes Québécois. In (pp. 64). Montréal.
- Smith, J. A., Braunack-Mayer, A., & Wittert, G. (2006). What do we know about men's help-seeking and health service use? *Medical Journal of Australia*, 184(2), 81.
- Stephen, G., Jesse, D., Tim, R., & Tanya, G. (2013). *État de l'itinérance au Canada (The State of Homelessness in Canada)*. Repéré à: https://www.homelesshub.ca/sites/default/files/SOHC2013_FR_0.pdf
- Stergiopoulos, V., & Herrmann, N. (2003). Old ans homeless: A review and survey of older adults who use shelters in an urban setting. . *Canadian Journal of psychiatry*, 48(6), 374 - 380.
- Sullivan, G., Burnam, A., Koegel, P., & Hollenberg, J. (2000). quality of life of homeless persons with mental illness. *Psychiatric services*, 51(9), 1136 - 1141.
- Thibodeau, M.-F. (2000). L'accès aux services de santé et leur utilisation par les personnes itinérantes. In D. Laberge (Ed.), *L'errance urbaine* (pp. p. 391-404). Québec: Éditions MultiMondes.
- Thorne, S. (2008). Interpretive description. Morse JM, ed. Walnut Creek. Dans: CA: Left Coast Press.
- Tremblay, G. (2016). *Perceptions des hommes québécois de leur besoins psychosociaux et de santé*. Repéré à : http://www.masculinites-societe.criviff.qc.ca/sites/masculinites-societe.criviff.qc.ca/files/metasynteserapportfinalapresrevision_2.pdf
- Tremblay, G., Cloutier, R., Antil, T., Bergeron, M. È., & Lapointe-Goupil, R. (2005). *La santé des hommes au Québec*.
- Tremblay, G., & Déry, F. (2010). La santé des hommes au Québec. Dans J.-M. Deslauriers, G. Tremblay, S. Genest Dufault, D. Blanchette & J.-Y. Desgagnés (dir.), *Dans Regards sur les hommes et les masculinités* (pp. 305-329). Québec: Presses de l'Université Laval.

- Tremblay, G., Roy, J., Beaudet, L., Chamberland, L., Le Gall, J., Dupéré, S., . . . Bizot, D. (2016). *Les hommes et les services sociaux et de santé. Analyse qualitative d'entrevues de groupe focalisées tenues auprès d'hommes québécois*. Québec: Masculinités et Société.
- Trujillo, N. (2000). Hegemonic Masculinity on the Mound. Media Representations of Nolan Ryan and American Sports Culture. Dans S. Birrel & M. G. McDonald (dir.), *Reading sport. Critical Essays on Power and Representation* (p. 14-39). Boston, MA : Northeastern University Press.
- Turchetto, E. (2012). *Les hommes sans domicile fixe et leur rapport aux services de santé et services sociaux*. (maîtrise), Université Laval, Québec.
- Turcotte, D. (2000). Le processus de la recherche sociale. *Méthodes de recherche en intervention sociale*, 39-68.
- Turcotte, D. et Deslauriers, J. P. (2011). *Méthodologie de l'intervention sociale personnelle*. Québec : Presses de l'Université de Laval.
- Vaillancourt, Y., Ducharme, M.-N., Aubry, F., & Grenier, S. (2016). *AccèsLogis Québec (1997-2015) : les hauts et les bas de la co-construction d'une politique publique* (978-2-89605-390-2). Repéré à Montréal:
- Wen, C. K., Hudak, P. L., & Hwang, S. W. (2007). Homeless people's perceptions of welcomeness and unwelcomeness in healthcare encounters. *J Gen Intern Med*, 22(7), 1011-1017. Repéré à: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17415619>. doi:10.1007/s11606-007-0183-7
- Wright, N., & Tompkins, C. (2006). How can health services effectively meet the health needs of homeless people? *Br J Gen Pract*, 56(525), 286-293.

ANNEXE 1 :
GUIDE D'ENTREVUE SEMI-DIRIGE

Le lien qu'entretiennent les hommes itinérants avec les services de santé et les services sociaux vue par les intervenants de ressources d'hébergement de villes de taille moyenne.

Hubert Baril Boudreault (BARH05019005)

Guide d'entretien :

Pouvez-vous nous décrire les caractéristiques générales des personnes auprès de qui vous travaillez dans *NOM DE LA RESSOURCE*?

Sous questions :

Quelles forces voyez-vous chez eux?

Pouvez-vous nous expliquer comment ces forces se manifestent?

Avec quelles faiblesses pensez-vous que ces hommes vivent?

Pouvez-vous nous expliquer comment ces faiblesses se manifestent?

Pouvez-vous nous décrire comment les hommes qui fréquentent *NOM DE LA RESSOURCE* vivent leur masculinité?

Sous questions :

Pouvez-vous nous parler des différentes visions de la masculinité que les hommes fréquentant *NOM DE LA RESSOURCE* peuvent avoir?

Quelles sont les comportements qu'ils utilisent pour démontrer leur masculinité?

Quels sont selon vous les caractéristiques auxquelles ils accordent le plus d'importance par rapport à la masculinité?

Pouvez-vous nous parler des différents services (de santé et de services sociaux) utilisés par les hommes itinérants?

Sous questions :

Pouvez-vous nous décrire comment les services sont adaptés ou mésadaptés à la réalité des hommes itinérants?

Pouvez-vous nous parler de la teneur des propos tenus à l'endroit des hommes itinérants par les personnes travaillant dans les organismes dispensaire de services?

Quelles sont les caractéristiques qu'ils voient chez les hommes itinérants?

Pouvez-vous nous parler de la relation existante entre les hommes itinérants et les services sociaux?

Sous questions :

Pouvez-vous nous parler des facteurs qui influence positivement la relation entre les hommes sans-abri et les services de santé et les services sociaux?

Pouvez-vous nous parler des facteurs qui influencent négativement la relation entre les hommes sans-abri et les services de santé et les services sociaux?

Pouvez-vous nous parler de l'influence que la masculinité peut avoir dans la relation qu'entretiennent les hommes avec les services de santé et de services sociaux.

Quels comportements ont-ils qui influence cette relation?

Quelles sont les influences positives?

Quelles sont les influences négatives?

Tableau Synthèse pour révision

| Thèmes | Sous thèmes |
|---|---|
| Perception des hommes sans-abri | Caractéristiques générales des personnes appartenant à ce groupe. |
| | Leurs forces |
| | Leurs faiblesses |
| | Comment perçoivent-ils ces hommes en regard de leur masculinité? |
| Perception des services fréquenté par les hommes itinérants | Niveau d'adaptation à la réalité des hommes itinérants. |

| | |
|--|--|
| | Propos tenus au sujet des personnes itinérants |
| | Comment perçoivent-ils que les services prennent en considération les caractéristiques de genre de ces hommes? |
| Lien existant entre les hommes itinérants et les services de santé et les services sociaux | Définition du lien |
| | Facteurs influençant positivement le lien |
| | Facteurs influençant négativement le lien |
| | Comment perçoivent-ils que la masculinité de ces hommes influence leur relation au service? |

ANNEXE 2 :
QUESTIONNAIRE SOCIODEMOGRAPHIQUE

Identification du participant
(Questionnaire Sociodémographique)

Nom : _____

Sexe : _____

Date de naissance : ____/____/____

Adresse de résidence : _____

Employeur actuel : _____

Poste actuel au sein de l'organisation : _____

Nombre d'année à occuper le poste actuel : _____

Autres détails à spécifier sur votre occupation professionnelle :

Formation(s) académique(s) :

ANNEXE 3 :
FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT (FIC)



Université du Québec à Chicoutimi

**FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE
CONSENTEMENT CONCERNANT LA
PARTICIPATION**

1. TITRE DU PROJET

Le lien qu'entretiennent les hommes itinérants avec les services de santé et les services sociaux vus par les intervenants de ressources d'hébergement de villes de taille moyenne.

2. RESPONSABLE(S) DU PROJET DE RECHERCHE

2.1 Responsable

Hubert B. Boudreault : Étudiant chercheur

2.2 Directeur de recherche (si le responsable est un étudiant)

Dominic Bizot, Unité d'Enseignement en Travail Social, (UETS)
UQAC

3. PRÉAMBULE

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable du projet ou aux autres membres du personnel affecté au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

4. NATURE, OBJECTIFS ET DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

4.1 Description du projet de recherche

La recherche aura pour but d'explorer les perceptions des intervenants des centres d'hébergement provisoire (maisons pour sans-abri/refuges) quant aux liens que les hommes fréquentant leurs ressources entretiennent avec les services de santé et les services sociaux de leur environnement. Autrement dit, nous nous intéresserons à leur interprétation du phénomène auquel ils prennent part. Dans la présente recherche, nous tenterons d'approfondir notre compréhension de ce phénomène en regard de la masculinité et de l'itinérance.

4.2 Objectif(s) spécifique(s)

Dans un premier temps, nous verrons à identifier ce que les intervenants perçoivent généralement des hommes sans-abri et de leurs problématiques biopsychosociales.

En second lieu, toujours du point de vue des intervenants qui les côtoient, nous examinerons leurs perceptions des services de santé et des services sociaux que consultent les hommes sans-abri.

Dans un troisième temps, nous étudierons ce que les intervenants perçoivent de la relation que les hommes sans-abri entretiennent avec les professionnels de la santé et des services sociaux qu'ils côtoient dans leur environnement.

Cette recherche permettra d'établir un portrait de la perception qu'ont les intervenants des personnes auprès de qui ils travaillent et de leurs comportements envers les services de santé et les services sociaux.

4.3 Déroulement

Une entrevue d'environ 90 min par participant, enregistrée sur une enregistreuse audio numérique. Les entrevues se feront dans une salle neutre près de votre lieu de travail.

5. AVANTAGES, RISQUES ET/OU INCONVÉNIENTS ASSOCIÉS AU PROJET DE RECHERCHE

Il s'agira d'une occasion pour vous de réfléchir sur vos pratiques et sur la problématique que vivent les hommes auxquels vous venez en aide. Des risques mineurs sont liés à la participation à la recherche au niveau professionnel, comme un risque de conflits avec l'employeur ou avec l'équipe de travail si des informations sensibles sont révélées et que celles-ci sont retraçables jusqu'à vous. L'étudiant chercheur prendra cependant les mesures nécessaires pour éviter cette possibilité, telles que l'utilisation de pseudonymes et l'exclusion de toute donnée qui pourrait permettre l'identification d'un des participants.

6. CONFIDENTIALITÉ DES DONNÉES

La confidentialité sera assurée si vous participez à la recherche, les informations publiées en lien avec l'étude seront organisées de manière à ce que les propos ne puissent être rattachés à leur auteur. De cette manière, nous vous protégerons au mieux de nos capacités les intervenants des possibles conflits avec votre employeur. Ce dernier ne sera d'ailleurs pas informé des employés ou bénévoles de son équipe qui désirent participer au projet. Si le chercheur fait lui-même la présentation du projet, il récoltera les coordonnées des personnes intéressées sans que

l'employeur y ait accès, s'il est impossible pour le chercheur de faire la présentation de son projet et que le coordonnateur ou le directeur de l'organisme le fait lui-même, les coordonnées du chercheur seront fournies aux employés qui pourront ensuite communiquer directement avec le chercheur sans passer par l'employeur. Seul l'intervieweur aura accès aux enregistrements et les noms n'apparaîtront sur aucun document de recherche. Ces enregistrements seront d'ailleurs archivés dans un classeur verrouillé après les transcriptions. Les noms des personnes interviewées et de celles qui seront mentionnées par ces dernières seront substitués par des pseudonymes et toute information permettant d'identifier un participant ou une autre personne sera exclue des documents de recherche. Les verbatims et les enregistrements seront conservés dans un classeur verrouillé dans le bureau du directeur de la maîtrise. Les formulaires contenant vos informations personnelles (sociodémographiques) seront également conservés sous clés, mais dans un classeur différent dans le bureau du directeur de maîtrise. Vous pourrez choisir vous-même le pseudonyme qui vous sera attribué dans les publications qui suivront. L'étudiant chercheur vous recommande de prendre un pseudonyme qui ne permet pas de faire de liens vers vous et vous demande d'éviter toute information nominative concernant un non-participant ou toute information qui permettrait d'identifier un non-participant. Les entrevues se feront dans une salle neutre près du lieu de travail des personnes rencontrées, tel que mentionné à 4.3. Ces lieux pourraient être des écoles, cégeps ou universités près du lieu de travail des participants. Le chercheur s'assurera que le local est adéquat et assure la confidentialité des participants.

7. PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT

Vous serez informés de votre droit de mettre fin à la rencontre si vous le désirez, et ce, sans aucune conséquence. Dans cette situation, vous n'aurez qu'à mentionner à l'intervieweur que vous ne désirez pas poursuivre la rencontre. Vous serez également informés que vous êtes libres de ne pas parler d'un sujet si vous le désirez, tout comme vous serez encouragé à ajouter des détails qui n'étaient pas demandés explicitement si vous le jugez pertinent. Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raison, en faisant connaître votre décision à l'un des chercheurs responsables du projet. Une fois l'analyse des données complétées, il sera cependant trop tard pour retirer votre consentement à participer.

8. PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relié à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec le responsable du projet de recherche aux coordonnées suivantes :

Pour toute question d'ordre éthique concernant votre participation à ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec la coordonnatrice du Comité d'Éthique de la Recherche (CÉR) aux coordonnées suivantes : 418-545-5011 poste 4704 ou cer@ugac.ca.

Directeur de la maîtrise :
Dominic Bizot, Ph. D.
Directeur
Unité d'enseignement en travail social
Département des sciences humaines et sociales

Membre du Réseau Masculinités et société
Université du Québec à Chicoutimi
555, boulevard de l'Université,
Chicoutimi, Québec, Canada G7H 2B1
Local : H4-1060
Téléphone : (418) 545-5011, poste 4239
Courriel : Dominic_Bizot@uqac.ca

9. CONSENTEMENT du participant

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement et je comprends suffisamment bien le projet pour que mon consentement soit éclairé. Je suis satisfait des réponses à mes questions et du temps que j'ai eu pour prendre ma décision.

Je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Je comprends que je suis libre d'accepter de participer et que je pourrai me retirer en tout temps de la recherche si je le désire, sans aucun préjudice ni justification de ma part. Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement m'a été remise.

Nom et signature du participant

Date

En cas de retrait en cours de processus, j'autorise que les données obtenues jusqu'au point du retrait soient conservées par l'étudiant chercheur dans le cadre de sa maîtrise.

☐

Oui

☐

Non

Signature de la personne qui a obtenu le consentement si différent du chercheur responsable du projet de recherche.

J'ai expliqué au sujet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

Nom et signature de la personne qui obtient le consentement
Date

Signature et engagement du chercheur responsable du projet

Je certifie qu'un membre autorisé de l'équipe de recherche a expliqué au participant les termes du formulaire, qu'il a répondu à ses questions et qu'il lui a clairement indiqué qu'il pouvait à tout moment mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée au sujet de recherche.

Nom et signature du chercheur responsable du projet de recherche

Date

ANNEXE 4 : FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE REFERENCES

Info-Social

Info-Social peut vous aider en vous offrant :

- Un service d'intervention psychosociale téléphonique confidentielle par des travailleurs sociaux qualifiés.
- Une réponse rapide en période de crise.
- La référence vers les CSSS, mission CLSC.
- L'orientation vers les ressources disponibles dans votre secteur.
- Une intervention dans le milieu au besoin.

Vous souhaitez obtenir :

- Un soutien immédiat dans vos difficultés.
- Des services de nature psychosociale dans un CSSS, mission CLSC (ex. : rencontre avec un psychologue, un travailleur social, un psychoéducateur ou autres).
- Une réponse à un besoin d'information.

Info-Social... parler de ses problèmes, c'est le début de la solution !

Joindre l'Info-Social

Un seul numéro: 811

Dans toutes les régions du Québec.

Accueil psychosocial et activités cliniques et d'aide

Informations générales : Ce service constitue une autre porte d'entrée (situations de crise et partenaires) pour les demandes d'aide psychosociale pour tous les programmes soit : Enfance-Jeunesse-Famille, Santé mentale et Soutien à domicile. Ils sont offerts par des professionnels en intervention psychosociale. Pour les suivis, l'intervention est habituellement à court terme.

Services

- Accueil de la personne ou réception de la demande partenaire;
- Évaluation;
- Orientation et référence des personnes qui requièrent des services psychosociaux du CSSS;
- Consultations psychosociales qui consistent en des activités d'évaluation, d'intervention clinique psychosociale et psychothérapeutique d'aide et de soutien.

| | |
|---|---|
| Saguenay : <ul style="list-style-type: none">• CLSC de Chicoutimi Téléphone : 418 543-222• CLSC de La Baie 418 544-3381 / 418 544-0052• CLSC de Jonquière 418 695-2572 | Trois-Rivières : <ul style="list-style-type: none">• CLSC de Trois-Rivières (st Joseph) 819 370-2100• Centre de Sainte-Geneviève 819 370-2200 |
| Sherbrooke : <ul style="list-style-type: none">• CLSC Camirand, King est et Speid 819-780-2222 | |

ANNEXE 5 : CERTIFICATION ETHIQUE



Comité d'éthique de la recherche
Université du Québec à Chicoutimi

APPROBATION ÉTHIQUE

Dans le cadre de l'Énoncé de politique des trois conseils : éthique de la recherche avec des êtres humains 2 (2014) et conformément au mandat qui lui a été confié par la résolution CAD-7163 du Conseil d'administration de l'Université du Québec à Chicoutimi, approuvant la *Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains* de l'UQAC, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Chicoutimi, à l'unanimité, délivre la présente approbation éthique puisque le projet de recherche mentionné ci-dessous rencontre les exigences en matière éthique et remplit les conditions d'approbation dudit Comité.

Les membres jugent que ce projet rencontre les critères d'une recherche à risque minimal.

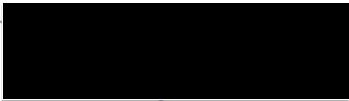
| | |
|---|---|
| Responsable(s) du projet de recherche : | <i>Monsieur Hubert Baril-Boudreault, Étudiant Maîtrise en travail social, UQAC</i> |
| Direction de recherche : <i>(telle qu'indiquée dans la demande d'approbation éthique)</i> | <i>Monsieur Dominic Bizot, Professeur, Département des sciences humaines et sociales, UQAC</i> |
| Projet de recherche intitulé : | <i>Le lien qu'entretiennent les hommes itinérants avec les services de santé et les services sociaux vu par les intervenants de ressources d'hébergement de villes québécoises de taille moyenne.</i> |
| No référence du certificat : | <i>602.573.01</i> |
| Financement : | <i>N/A Titre lors de la demande de financement : N/A</i> |

La présente est valide jusqu'au 31 décembre 2018.

Rapport de statut attendu pour le 30 novembre 2018 (rapport final).

N.B. le rapport de statut est disponible à partir du lien suivant : <http://recherche.uqac.ca/rapport-de-statut/>

Date d'émission initiale de l'approbation : *26 janvier 2018*
Date(s) de renouvellement de l'approbation :



Tommy Chevrete,
Professeur et président du Comité d'éthique de la
recherche avec des êtres humains de l'UQAC